

Dr Doyen

Le Malade & Le Médecin

LIBRAIRIE
UNIVERSELLE
PARIS

Le Malade et le Médecin

Dr DOYEN

Le Malade

ET

Le Médecin



PARIS
LIBRAIRIE UNIVERSELLE
33, RUE DE PROVENCE, 33

1906

Le Malade et le Médecin

Les médecins et la médecine jugés par les littérateurs et les auteurs dramatiques.

La médecine et les médecins ont été de tous temps un des thèmes favoris des littérateurs et des auteurs dramatiques, peut être parce qu'ils y entrevoyaient un certain mystère. Et, depuis les farces de Molière jusqu'à des œuvres récentes, telles que « La Nouvelle Idole » et « Fécondité », pour ne parler que de celles qui ont le plus justement excité la curiosité du Grand public, les médecins n'ont guère à se louer du rôle qui leur a été attribué.

Nous ne pouvons blâmer Molière, car la médecine existait à peine à son époque, et même nous lui savons gré de faire vivre éternellement les naïvetés exquises de la pratique médicale encore si primitive de son siècle. Mais nous pouvons bien relever

l'ignorance et les erreurs des auteurs dramatiques et des romanciers modernes, lorsqu'ils se sont occupés des médecins et de l'art de la médecine.

C'est ainsi que, par exemple, dans « La Nouvelle Idole » l'auteur échafaude l'action de son drame sur une fausse interprétation du mot « inoculer ». Inoculer le cancer, c'est-à-dire donner le cancer à un être humain encore indemne serait une aberration que ne saurait excuser l'amour de la science, un crime de droit commun passible des tribunaux.

L'auteur présente comme un apôtre de la science, presque un héros, un médecin arriviste et ambitieux qui tente l'inoculation du cancer sur une jeune phtisique. La jeune fille guérit miraculeusement de la phtisie et va succomber au cancer. Le médecin, la voyant perdue, s'inocule à son tour.

Si nous apprécions en « médecins » le héros de ce roman, nous arriverons à une conclusion assez inattendue : ce personnage, qui a provoqué au théâtre Antoine l'admiration de tant de personnes qui passent pour des intellectuels, est simplement

un *ignorant* ou un *criminel,* sinon les deux à la fois.

L'auteur ne paraît pas s'être rendu compte de la signification exacte du mot « *inoculer* » qui est souvent employé à tort comme synonyme du mot « *vacciner* ».

L'inoculation du cancer telle que la conçoit l'auteur, le sujet serait-il atteint d'une autre maladie mortelle, serait une expérience dépourvue de tout intérêt scientifique et qui ne pourrait donner lieu à aucune conclusion pratique. En effet, de ce qu'on pourrait inoculer le cancer, il ne s'en suivrait aucunement qu'on pût tirer de cette expérience le moyen de le guérir.

La science ne comporte pas « *d'à peu près* » et l'expérimentation en thérapeutique ne peut aboutir heureusement que si elle est basée sur des données et sur des faits rigoureusement établis. C'est ainsi que Pasteur, après avoir découvert sur le chien son procédé de vaccination antirabique, tenta avec quelle émotion, on le sait, sa première expérience sur le jeune berger qui, mordu aux mains et au visage par un chien reconnu enragé, était voué presque certainement à une mort terrible.

Pasteur hésitait cependant, et cet initiateur de génie, malgré ses expériences indiscutables sur le chien, se disait que, parmi les êtres humains mordus même au visage par un chien enragé, un certain nombre ne succombaient pas à la rage. D'autre part, il n'était pas certain que le même virus qui préservait le chien fut inoffensif pour l'homme. Mais il faut avoir connu personnellement ces cas de conscience pour bien en comprendre le tragique intérêt.

Nous allons étudier successivement la psychologie du médecin et celle du malade dans les diverses circonstances où ils se trouvent en contact. Cette étude est particulièrement intéressante dans les affections chirurgicales, où le rôle de l'homme de l'art est prédominant puisque, dans les opérations graves, le patient lui confie effectivement la sauvegarde de son existence.

Inquiétude du malade au moment où il prend conscience de son état pathologique. Le choix d'un médecin consultant.

Si nous exceptons les personnes, peu intéressantes au point de vue psycholo-

gique, qui acceptent une situation quelconque avec une indifférence à peu près complète, le premier mouvement du malade, au moment où il prend conscience de l'affection qui le ronge, est un mouvement instinctif de défense contre ce je ne sais quoi de terrible et de mystérieux.

Il est bien rare que le malade ne ressente pas très tôt les premiers effets du mal qui l'atteint. Mais la sensibilité interne et viscérale est très peu développée si on la compare à l'exquise sensibilité de la surface extérieure du corps, de telle sorte que bien des désordres profonds et par là même cachés ne se manifestent longtemps que par une altération légère de la santé générale.

Si certains malades « s'écoutent trop » d'autres « s'écoutent » trop peu et laissent passer inaperçus des désordres fonctionnels qui auraient dû depuis longtemps attirer leur attention. Une tumeur d'un certain volume peut se développer sans que le patient s'en soit aperçu ; j'ai vu accourir à ma consultation des femmes qui le matin seulement venaient de reconnaître, en faisant leurs ablutions, une tumeur mammaire du volume d'une

orange, dont l'origine devait remonter à plusieurs mois. La période latente des tumeurs abdominales et des néoplasmes profonds peut-être plus longue encore, lorsque leur développement ne provoque aucun symptôme fonctionnel, aucune douleur.

Les tumeurs, même de mauvaise nature, c'est-à-dire les tumeurs cancéreuses, présentent précisément cette particularité qu'elles sont généralement indolores pendant les premières phases de leur évolution. Il en résulte que beaucoup de malades, ceux au moins dont l'instruction médicale n'est pas suffisante ou qui ne prennent qu'un médiocre souci de leur santé, laissent inconsidérément s'aggraver pendant de longs mois des affections qui étaient primitivement guérissables et qui petit à petit deviennent incurables.

Variations de la sensibilité interne ou viscérale.

La délicatesse de perception des sensations internes varie très notablement d'un

sujet à l'autre, et aussi chez le même sujet, suivant son état de santé générale, suivant ses préoccupations et son état moral.

La sensibilité viscérale est très peu accusée pendant l'état de santé parfaite.

Les personnes atteintes de ce mal complexe que l'on décrit sous le nom de neurasthénie sont au contraire des exemples frappants de l'exagération de cette sensibilité spéciale, qui est presque complètement absente chez les sujets vigoureux, particulièrement dans les professions manuelles et qui exigent un travail journalier assez pénible. C'est ainsi qu'on a vu des malades imaginaires arriver à convaincre le chirurgien de prétendues souffrances au point de se faire amputer successivement le pied, la jambe, et la cuisse. D'autres détraqués voudraient se faire ouvrir le crâne, l'estomac, sans préjudice des cas trop nombreux où le sexe faible, et cette expression ne peut être mieux appliquée, se découvre des maladies internes également imaginaires. Ces malades imaginaires conduisent bien des femmes de charlatan en charlatan et aboutissent souvent à une maladie réelle, occasionnée

par des traitements et des manœuvres aussi nuisibles qu'inconsidérés.

Difficulté du diagnostic de certaines maladies, par suite de l'obscurité des sensations internes.

Puisque nous étudions le malade dans ses rapports intimes avec sa propre maladie, il ne sera pas sans intérêt d'aborder une question toute d'actualité, celle de l'appendicite.

Il y avait quelque exagération dans le cri d'alarme qui a été jeté il y a quelques années à propos de l'appendicite, et l'empressement avec lequel tant de personnes ont fait ouvrir leur propre ventre ou celui de leurs enfants a causé bien des désastres. C'est que le diagnostic de l'appendicite est souvent très délicat ; et il est encore plus délicat de savoir choisir pour l'opération le moment opportun. Il faut opérer, affirment les uns, à la moindre douleur : la première crise est souvent mortelle, la péritonite se déclare en quelques heures et tout est perdu.

D'autres médecins, effrayés par les insuccès nombreux des opérations faites pendant la période aiguë, tandis qu'ils avaient vu évoluer favorablement vers un abcès enkysté ou bien vers la résolution des cas primitivement alarmants, faisaient une croisade aveugle contre les opérations précoces pour n'accepter que l'opération « à froid ».

Il résulte de ces incertitudes que certaines personnes négligent des symptômes réellement graves et risquent leur vie en ne s'écoutant pas assez, tandis que d'autres se croient menacés de péritonite à la moindre colique.

Quelques exemples feront comprendre combien il importe d'analyser exactement les sensations internes et de réclamer assez à temps le secours d'un médecin expérimenté.

J'étais appelé, il y a quelques années, par un de mes camarades d'enfance, auprès d'un de ses amis, atteint d'appendicite.

Le début datait de 10 jours : je constate un empâtement assez étendu et très douloureux dans la fosse iliaque, une tempé-

rature de 38°,5. La suppuration était évidente et il s'agissait non pas d'un abcès iliaque superficiel, mais d'une de ces suppurations profondes, enkystées par des adhérences dans le péritoine; le foyer pouvait se rompre d'un moment à l'autre, déterminant ainsi une péritonite foudroyante.

Je signale ces particularités au médecin du malade qui me répond : « on ne doit jamais opérer à chaud ; le malade a de la fièvre, je ne consens pas à l'opération. » Les souffrances augmentent et deux jours après la situation devient inquiétante. Je téléphone au médecin du malade qui me répond : « je pars pour la mer, je n'ai pas le temps de venir ce soir ; d'ailleurs, je vous ai dit mon opinion : je m'oppose à ce que vous opériez à chaud ». Les vomissements se manifestent, la famille, d'abord désorientée par la *conviction aveugle* de son médecin habituel, réclame l'opération, qui est faite d'urgence : l'appendice calculeux était sphacélé, le calcul nageait dans un foyer purulent profond au milieu d'adhérences intestinales et le malade ne dut évidemment son salut qu'à sa constitution

robuste et au départ si opportun de ce confrère entêté.

Lorsque je lui téléphonai deux jours après de venir voir l'opéré en voie de guérison : « je ne viendrai pas, dit-il, car je ne puis pas accepter qu'on ait opéré malgré mon avis. »

Vous voyez, car l'anecdote, comme toutes les suivantes, est absolument authentique, que certains médecins ont des convictions plus arrêtées que la plupart de nos hommes politiques.

Cet entêtement aveugle n'en a pas moins jeté le désarroi pendant une quinzaine de jours dans toute une famille affolée, qu'il m'a fallu calmer et raisonner patiemment pour amener le malade et son entourage à une saine appréciation du cas.

Une autre fois, c'est une fillette de neuf ans, en convalescence de la coqueluche, qui se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite. Ce n'est rien, dit le médecin, c'est une grippe intestinale. On administre purgatif sur purgatif, et trois jours après on songe au chirurgien. L'enfant, ballonnée et cyanosée, était mourante, le cœur faiblissait, les parents réclamaient

l'opération et il fallut opérer sans chances de succès cette pauvre petite, qu'il eut été si simple de sauver en intervenant deux jours plus tôt.

Que de fois n'avons-nous pas vu cette fameuse grippe endosser des méfaits auxquels elle se trouvait complètement étrangère.

Un soir, vers 11 heures, arrive chez moi en hâte le père d'un étudiant en médecine qui me dit : « venez vite, mon fils est très mal, voilà trois jours qu'on le traite pour la grippe. Il se plaint du ventre et je crois qu'il va mourir. » J'accours et je trouve le jeune homme pâle, le ventre déprimé en bateau, la peau couverte de sueurs froides, le pouls filiforme et presque incomptable ; 40e de température, tous les signes d'une péritonite par perforation à marche rapide. Il fallait à tout prix lutter contre cet état adynamique, qui ne permettait même pas d'anesthésier le malade. On le couvre de glace, on fait des injections de sérum artificiel, d'huile camphrée, des frictions excitantes : le pouls se relève. Un de mes collègues des hôpitaux, ami de la famille, trouve la situation tellement grave

qu'il juge l'opération sans chances de succès et propose d'appeler un des professeurs les plus réputés en matière d'appendicite. « C'est une péritonite par perforation, dit le maître ; il est trop tard pour opérer. Le malade va mourir. Quant à la cause de la péritonite, je ne la vois pas; tout ce que je puis affirmer, c'est qu'il n'y a pas d'appendicite. » Et le maître annonce à la famille que tout espoir est perdu. « Vous allez donc me le laisser mourir ainsi, dit le père éploré, sans rien tenter ? »

« A son âge, assurément non. » Il a encore de la résistance puisqu'il n'est pas mort, son pouls s'est un peu relevé, tout en restant à 140 ; on va l'opérer immédiatement. » Une demi-heure après le malade était sur son lit, opéré, très faible, mais avec un pouls à 120e. Nous avions trouvé une péritonite généralisée produite par une gangrène de l'appendice calculeux et il y avait tant de pus dans le ventre qu'il avait été nécessaire de faire plusieurs incisions pour tout évacuer. Le malade, immédiatement soulagé, se remit petit à petit. Quelques jours après se déclarèrent des accidents aigus d'obstruction intes-

tinale qui exigèrent la création d'un anus iliaque. Un soir, rentrant d'une courte absence, je le trouve abattu, somnolent, les pupilles dilatées, présentant tous les signes d'un empoisonnement par la jusquiame ou le datura. Je l'avais quitté le matin l'œil vif et l'esprit très éveillé. Je fais prendre immédiatement à hautes doses du thé et du café noir, on établit la diurèse et tout rentre dans l'ordre.

Le lendemain j'arrive à apprendre que la mère du malade le faisait visiter en secret par un homéopathe non diplômé, qui avait administré une potion pour avoir sa part dans la guérison du fils bien-aimé ; et la mère effrayée avait fait bien vite disparaître le reste de la fiole, dont j'aurais été curieux de faire examiner le contenu. Ce jeune homme dut subir encore plusieurs opérations, d'abord pour refermer l'intestin. puis un an plus tard pour établir une nouvelle entéro-anastomose dérivatrice, nécessitée par des accidents tardifs d'occlusion intestinale. Toute cette aventure ne l'empêcha pas de devenir un des jeunes médecins les plus actifs de la capitale.

Combien de succès analogues pourrais-je

signaler chez des malheureux qui semblaient perdus sans ressources, faute d'avoir été examinés par un œil clairvoyant.

L'appendicite est si irrégulière et si fantasque dans ses manifestations ! Un jour, c'est un homme de 65 ans qui se présente à la clinique, venant à pied de 6 ou 8 kilomètres. Ce malheureux vomit, le ventre est ballonné ; il présente tous les signes d'une appendicite grave. Le pouls, comme il arrive souvent à cet âge, bat à peine à 80, malgré les autres signes de péritonite ; j'opère immédiatement : j'enlève l'appendice calculeux et gangréné; j'éponge plus d'un litre de pus que le patient avait ainsi promené, et dans lequel les intestins baignaient, à peu près sans adhérences. Ce malade guérit sans le moindre incident.

Les hésitations de beaucoup de médecins sont justifiées par des désastres opératoires.

Mais combien d'autres malades dont le cas était moins grave et où il n'y avait même

aucune trace d'appendicite, ont succombé à la suite d'opérations hâtives, faites sans indications précises, et par un chirurgien qui affirmait à la famille que l'intervention était sans danger. Nous pourrions citer plusieurs de ces désastres et des mères inconsolables de la perte d'un enfant unique. Le bébé souffrait du ventre, et le médecin avait recommandé un traitement anodin. Une amie conseille un chirurgien : « C'est une appendicite, affirme ce dernier: il faut opérer immédiatement, car l'enfant peut mourir en deux jours. » On opère, devant le médecin traitant, qui avait dû céder devant une affirmation aussi catégorique. On troupe l'appendice sain... et l'enfant meurt au bout de deux jours... parce que le chirurgien avait oublié qu'avant d'opérer il venait de faire un cours de médecine opératoire sur le cadavre. Le contact de ses mains contaminées avait déterminé une péritonite foudroyante. A quelque temps de là, c'est le fils d'un confrère qui succombe dans les mêmes conditions et entre les mains du même chirurgien.

Un de mes collègues de promotion dans l'internat des hôpitaux est mort ainsi de

septicémie foudroyante à la suite d'une opération insignifiante, pour s'être imprudemment confié aux mains contaminées d'un prosecteur d'anatomie aujourd'hui professeur, et qui, à ce titre, manie encore des cadavres, ce qui ne l'empêche pas d'exercer la chirurgie sur les pauvres diables des hôpitaux et dans sa clientèle privée.

Ces faits doivent être signalés, car il est inadmissible à notre époque qu'un règlement rigoureux n'interdise pas, sous menace de peines sévères, l'exercice de la chirurgie aussi bien dans les hôpitaux que dans la clientèle privée, à tout médecin chargé d'un cours de dissection ou de médecine opératoire sur le cadavre. Il est de règle que les accoucheurs s'interdisent aussi bien l'entrée des salles d'autopsie que l'approche des malades atteints d'érysipèle ou de suppuration, dont les germes sont susceptibles d'infecter et de tuer les nouvelles accouchées.

Or, on assiste, en France, à ce spectacle extraordinaire : des professeurs d'anatomie ou de médecine opératoire passant des cadavres de l'amphithéâtre à la salle

d'opérations de leur service hospitalier ou bien au chevet de leurs clients, futurs opérés du lendemain.

Il est vrai qu'avant que les pouvoirs publics aient pris la peine de s'émouvoir de l'incurie administrative, les personnes éclairées peuvent se défendre elles-mêmes en mettant à l'index comme éminemment dangereux et ne devant approcher aucun malade, tous les médecins appelés par les fonctions qu'ils ont acceptées à approcher des cadavres.

En effet, on ne saurait prendre trop de précaution contre les germes infectieux et c'est ainsi que tout récemment encore certains services hospitaliers de chirurgie ont été infectés pendant de longs mois par le tétanos, contre lequel il était devenu presque impossible de protéger les opérés, en dépit de toutes les ressources de la méthode antiseptique.

Il est donc urgent de déterminer quelles sont les fonctions incompatibles avec l'exercice de la chirurgie et des accouchements aussi bien dans les hôpitaux que dans la clientèle privée. Que peut signifier le diplôme de docteur en médecine si des maî-

tres commettent ces fautes professionnelles qu'ils condamnent eux-mêmes devant leurs élèves. Ne lit-on pas à la porte de certaines salles d'opérations : « Nul étudiant n'est admis dans la salle d'opérations s'il ne peut jurer sur l'honneur qu'il n'a touché aucun cadavre depuis deux mois. »

Toute opération chirurgicale entraîne un certain risque et les résultats dépendent avant tout de l'expérience et de l'habileté du chirurgien.

Ces critiques de l'organisation de l'enseignement de la médecine et des services hospitaliers en France sont particulièrement opportunes en un temps où la prophylaxie des maladies infectieuses a fait de si grands progrès et où la chirurgie s'est en quelque sorte démocratisée à l'excès, aussi bien par suite de l'insouciance des malades que de la vulgarisation de l'antisepsie.

Il ne faut pas croire que les opérations soient tellement inoffensives et qu'il suffise de se laver à peu près les mains ou

de savoir manier quelques instruments pour être chirurgien.

Toute plaie est une porte ouverte à l'infection, disait Velpeau, et nous ajouterons que, malgré l'antisepsie, toute opération comporte un certain risque.

La proportion des opérations faciles est en effet très petite; de ce que la plupart des médecins qui ont fréquenté comme élèves un grand service de chirurgie sont capables, à peu près sans exception, d'extirper un kyste de l'ovaire uniloculaire et sans adhérences, il ne faut pas conclure que la chirurgie soit à la portée de tous. Le chirurgien qui ne sait opérer que les cas faciles ne mérite pas le nom de chirurgien, car les difficultés les plus imprévues peuvent surgir au cours de l'opération en apparence la plus simple, et la moindre hésitation peut coûter la vie au patient.

Le choix d'un médecin et plus particulièrement d'un chirurgien est toujours une décision grave et délicate.

On conçoit donc toutes les hésitations et les incertitudes du malade ou de son

entourage, quand il est question d'une opération grave. Ces hésitations sont encore plus ressenties lorsqu'il s'agit d'un enfant, de cette chair tendre et aimée qu'il va falloir livrer au bistouri, et pour laquelle les parents vont vivre des minutes d'angoisse qui seront des heures.

Aussi est-il difficile de comprendre l'insouciance de certaines personnes qui n'ayant le plus souvent avec le futur opéré et sa famille que des relations assez indirectes, s'entremettent dans ce moment critique et cherchent à imposer, sans se rendre compte de la responsabilité qui leur incombe, un chirurgien de leur choix.

Inconvénients de la spécialisation à l'excès. Le médecin de famille ; les services qu'il peut rendre aux personnes qui lui donnent leur confiance.

L'abus de la spécialisation notamment mérite de nous arrêter un instant. Il est indiscutable que la science médicale est aujourd'hui assez étendue pour ne pas pouvoir être abordée dans tous ses détails par

tous les praticiens. C'est ainsi que se sont établis à côté des médecins et des chirurgiens, les oculistes, les accoucheurs, puis les spécialistes de rhino-laryngologie. La médecine générale comprend elle-même comme spécialités, les maladies nerveuses, les maladies des enfants, les maladies de la peau, la syphilis, et si l'on veut pousser plus loin, les maladies de l'arbre respiratoire, les maladies de l'estomac et de l'intestin, les maladies du foie et des reins. La chirurgie s'est subdivisée en chirurgie générale, chirurgie de la bouche et des dents, chirurgie des enfants, gynécologie, chirurgie des voies génito-urinaires.

Des cabinets de spécialistes se sont ainsi créés, dont le « pas de porte » se vend comme une officine de pharmacien. Leur clientèle se transmet à peu près intégralement aux médecins qui se succèdent dans le même cabinet. Je ne veux pas critiquer ici la spécialisation en elle-même, mais seulement l'abus de la spécialisation, qui est arrivée dans certains centres à un degré d'exagération tel qu'un malade consultera autant de médecins qu'il lui surviendra

d'affections différentes. Un jeune ménage s'établit : il prend un médecin, qui est consulté pour des affections banales, grippe, angine, embarras gastrique. Survient une grossesse : on demande un accoucheur, qui continuera à donner ses soins à la jeune mère comme gynécologue; il faut alors un médecin d'enfants et bientôt après un oculiste, un spécialiste en rhino-laryngologie. On consultera, suivant la nature de l'affection, un chirurgien d'enfants ou un orthopédiste, un spécialiste de telle ou telle opération. Le premier médecin demandé et qui s'occupe de médecine générale n'a plus ainsi que bien peu de chance de revoir ses anciens clients qui, tiraillés de spécialiste en spécialiste, prendront l'habitude de consulter tantôt un médecin, tantôt un autre, sans se fixer sur aucun.

Rôle du médecin de famille.

Autrefois, il n'en était pas ainsi et chaque famille avait son médecin. Ce médecin était le plus souvent un véritable ami, qui prenait souci de la moindre affection

et des plus petits dérangements de la santé. Le docteur, visitant un des membres de la famille, s'intéressait à tous les autres, donnait son avis sur tel enfant qui lui semblait souffrant, interrogeait la mère sur les plus petits détails de la vie de chacun. Cette intervention vraiment familiale du médecin était très précieuse, parce qu'il connaissait le tempérament et les habitudes de chacun des membres de la famille dont il dirigeait à la fois l'hygiène et la santé.

Il ne faut pas croire que ce rôle du médecin de famille soit un rôle effacé, s'il est rempli par un médecin instruit et véritablement digne de la confiance du père qui lui livre à la fois la santé de tous les siens. C'est à lui de décider dans les cas difficiles, de diagnostiquer dès le début certaines affections qui pourraient avoir une évolution grave, d'indiquer enfin tel ou tel spécialiste, lorsqu'il croit avoir besoin de ses lumières. Or, il y a aujourd'hui trop peu de médecins qui aient le courage et le talent de s'adonner à l'exercice de la médecine générale, de manière à s'attacher des clients fidèles de père en fils.

La spécialité est bien attrayante surtout parce que la plupart des spécialités n'exigent que des connaissances relativement restreintes et procurent aux médecins qui ont suffisamment de savoir-faire plus de profit que l'exercice de la médecine générale.

Il résulte de l'exagération du nombre de spécialistes, qui s'est tellement accru dans ces dernières années, qu'un très petit nombre de médecins seulement dans chaque spécialité sont réellement doués d'une compétence indiscutable.

Combien d'entre eux, en effet, sont devenus spécialistes bien plus par suite des difficultés de la lutte pour la vie qu'en raison de leurs aptitudes personnelles.

Les déracinés de la profession médicale.

Tel de nos collègues, élève d'un chirurgien, tel autre d'un accoucheur renommés, sont devenus tous deux, parce que leurs maîtres ne leur assuraient pas un appui suffisant, spécialistes en rhino-laryngologie. Tel autre, passionné pendant ses

premières années d'études médicales pour la chirurgie, est devenu médecin des hôpitaux, puis professeur d'histologie. Un de nos gynécologues les plus réputés, après avoir escompté assez longtemps la succession d'un de ses maîtres, a viré successivement de la chirurgie générale à la chirurgie des voies urinaires, puis à la gynécologie. Il est vrai qu'à côté de ces « déracinés » il est d'autres spécialistes qui ont suivi leur voie sans s'en détourner et rien n'est plus admirable que la ténacité qui a présidé, au milieu de toutes les intrigues de salon et de toutes les compromissions politiques, à la création et à la conquête de certaines chaires de professorat.

La plupart des spécialités sont mal délimitées et les spécialistes empiètent le plus souvent sur le domaine qu'ils devraient s'interdire.

Les spécialités d'ailleurs sont assez mal délimitées, et quelques exemples permettront de juger combien ces subdivisions de la médecine et de la chirurgie sont su-

perficielles et arbitraires. A côté de l'art dentaire existent des spécialistes de la bouche et des dents qui font des opérations de chirurgie générale sur les lèvres, sur la cavité buccale, sur les os maxillaires. Ces spécialistes se trouvent ainsi amenés à opérer également les lésions du cou, qui compliquent fréquemment les affections de la cavité buccale.

Les spécialistes en rhino-laryngologie se limitent le plus souvent aux petites interventions de leur art ; quelques-uns veulent aborder les grandes opérations sur les os de la face et même sur la cavité crânienne, qu'ils ne font que très exceptionnellement. Il s'en suit qu'ils les réussissent beaucoup moins bien que les chirurgiens rompus à la pratique de la grande chirurgie. C'est ainsi qu'en oculistique, il y a bien loin de l'étude des régions du fond de l'œil et de la réfraction à la pratique de la chirurgie oculaire ; tel oculiste, très savant en matière d'ophtalmologie et de réfraction, ne sera jamais qu'un mauvais opérateur, et réciproquement.

Combien d'accoucheurs ont voulu tenter l'opération césarienne, qu'ils n'ont faite

que très exceptionnellement et par conséquent avec beaucoup moins de sécurité et de chances de succès que les chirurgiens experts en matière de laparotomie.

Je critique de même la scission de la chirurgie abdominale chez l'homme et chez la femme pour cette raison bien simple que le chirurgien habitué à faire la chirurgie du foie, de l'estomac et de l'intestin sera aussi beaucoup plus habile qu'un gynécologue exclusif dans les cas compliqués et difficiles.

Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'un fibrome de l'utérus, un kyste de l'ovaire, une salpingite se trouvent en connexion si étroite avec l'intestin que l'opération se trouve compliquée soit d'une résection intestinale étendue, soit de la fermeture d'une fistule spontanée ou d'une perforation accidentelle. Cette complication, qui attardera pendant une heure un gynécologue, ne sera qu'un incident sans importance pour un chirurgien tel que Czerny, Roux ou Kocher, que les bizarreries de l'organisation de la médecine condamnent à n'opérer qu'exceptionnellement les cas de gynécologie. C'est cependant à Czerny,

professeur de chirurgie générale, que revient l'honneur d'avoir réhabilité et presque créé l'hystérectomie vaginale. Il existe d'autre part, dans certains pays, des spécialistes pour la laparotomie, qui opèrent, aussi bien chez l'homme que chez la femme, toutes les affections abdominales. Certains de ces spécialistes se sont même improvisés tels après avoir servi d'aides pendant un certain nombre d'années à un maître célèbre. Ils sont arrivés, sans avoir fait d'études médicales bien complètes, à ouvrir assez bien le ventre pour avoir une bonne statistique. Ils rencontraient tantôt un kyste de l'ovaire, une salpingite, un fibrome, tantôt une lésion du foie ou de la rate, parfois une grossesse méconnue, mais la proportion de guérisons était satisfaisante et les malades affluaient.

Ces opérateurs sont comparables aux « barbiers » de l'ancien temps, et le diagnostic leur importe peu : J'ai été consulté la même année par deux femmes enceintes de plus de 4 mois, l'une, pour la première fois, à l'âge de 35 ans, l'autre, pour la septième fois, à l'âge de 32 ans. Le même chirurgien, une des gloires du bistouri, avait voulu

les opérer toutes les deux, affirmant qu'il s'agissait d'un fibrome. Or, si le diagnostic était quelque peu délicat chez la personne de 35 ans, où cependant ne manquaient aucun des signes rationnels et des signes d'exploration bien connus, il était extraordinairement facile dans le second cas. Ces deux femmes ont accouché sans incident. Il n'en a pas été de même d'une malheureuse femme dont je me souviens et qui s'était présentée avec un gros ventre dans un grand service de chirurgie. Un jeune et bouillant agrégé, pressé d'imiter le maître, alors en vacances, admire le fibrome; il appelle, pour confirmer son diagnostic, un de ses camarades, agrégé d'accouchement, qui conclut avec satisfaction, joignant le geste à la parole : « mon cher, il n'y a pas plus de fœtus là-dedans que dans mon œil. » On ouvre le ventre, on enlève l'utérus et on y trouve deux jumeaux. Il est probable qu'ils se cachaient l'un l'autre.

Il me serait facile de montrer par d'autrès exemples que la spécialisation exagérée a le grand inconvénient de trop rétrécir le champ d'observation, de telle sorte que bien des spécialistes arrivent à ignorer

tout le reste de la médecine et à multiplier les bévues et les erreurs de diagnostic. Ces erreurs se font dans une proportion inquiétante pour la sécurité du public qui, souvent bien à tort, considère les diplômes comme une garantie suffisante et se laisse plus influencer par les titres honorifiques que par la notoriété réelle, qui n'est basée que sur la valeur personnelle.

Les titres honorifiques et les situations officielles ne sont aucunement une garantie de la supériorité de ceux qui les détiennent, bien qu'ils leur confèrent effectivement certains privilèges.

Tout docteur en médecine est libre d'exercer sa profession comme bon lui semble, sous le contrôle de sa conscience et sans autre responsabilité que l'observation des règles du droit commun. Le médecin, en effet, n'est passible des tribunaux que lorsqu'il a commis une faute grave, reconnue par des Experts qualifiés et pour laquelle il peut être condamné à réparer le dommage causé. On conçoit que la dé-

termination de cette faute grave soit souvent très délicate. Aucun médecin ne peut promettre à coup sûr la guérison, encore moins le chirurgien, car à côté de la maladie, il y a le *malade*, et il peut se produire chez ce dernier des accidents inopinés et imprévus qui viennent tout à coup modifier le pronostic. Nous devons cependant faire cette remarque, que les médecins et les chirurgiens dotés de postes officiels jouissent à cet égard d'une immunité incroyable, si l'on met en parallèle les aventures judiciaires souvent désastreuses qui atteignent les petits médecins, les praticiens laborieux et ignorés.

On se rappelle le procès célèbre d'un médecin de quartier condamné pour avoir, dans un cas d'urgence, pratiqué avec des instruments inusités une craniectomie chez une femme en travail depuis plusieurs jours et atteinte d'infection utérine. Le cas aurait passé inaperçu, si la malade, en désespoir de cause, n'avait été transportée dans un hôpital. « Quel est l'âne qui vous a soignée, » s'écrie immédiatement le chef de service, et cette phrase, prononcée à la légère, mais entendue par un membre de la fa-

mille, devint le point de départ d'une plainte au Parquet, puis d'une condamnation en première instance, heureusement révoquée par la Cour d'appel. Le médecin mis en jeu était un praticien honnête et consciencieux qui, en présence d'un cas désespéré, avait fait de son mieux.

L'analyse minutieuse du fait a d'ailleurs démontré que la malade était atteinte d'infection microbienne avant l'intervention de ce médecin et que la mort ne pouvait pas être attribuée à ses manœuvres. Cette affaire, alors sensationnelle, n'aurait dû avoir d'autre conséquence qu'une grave réprimande à l'égard du chef de service qui, par son inconséquence et son manque de respect à l'égard d'un confrère, son égal devant la loi, avait causé tout le mal.

La juridiction des tribunaux est d'ailleurs la meilleure en pareil cas, car les juges, s'ils ne se trouvent pas compétents par eux-mêmes pour apprécier ce qui peut être considéré comme une faute lourde, ne manquent pas de se documenter auprès de médecins impartiaux et d'une compétence reconnue.

Une autre fois, c'est une pince oubliée dans le ventre d'une opérée, une sonde ou une bougie conductrice brisée et laissée dans la vessie, et que le médecin n'a pas tenté d'extraire, cachant au contraire l'accident au malade et à sa famille.

Je me souviens d'un cas très instructif au point de vue du devoir du médecin expert appelé par le juge à déclarer s'il y a eu une faute lourde commise par un confrère. Un médecin de province, Directeur de l'Ecole de médecine locale et fécond en tentatives thérapeutiques hasardeuses, avait coutume de traiter les maladies aiguës chez les alcooliques par des injections de sulfate de strychnine à dose inusitée. Un employé principal d'une grande maison de vins, atteint de pneumonie double et suspecte d'alcoolisme chronique, est confié à ses soins. Le médecin traitant fait une première injection de strychnine, puis une seconde, et le malade succombe avec des crises convulsives. Ce dénouement rapide, chez un homme plein de vigueur et de santé, émeut la famille. C'est la strychnine, insinue un ami, qui l'a empoisonné.

Le Parquet, saisi de l'affaire, commet

deux experts qui, après avoir fait l'autopsie, concluent en ces termes : « L'examen des viscères à démontré l'existence d'une pneumonie double à l'état d'hépatisation grise, maladie fatalement mortelle. Il est donc impossible d'incriminer la médication comme cause du décès. »

Une autre fois, c'était le chef d'un service hospitalier de province qui avait eu l'idée de traiter la péritonite puerpérale par des lavements de permanganate de potassium à la dose de 10 grammes pour 250 grammes d'eau. L'administration des hospices, saisie de l'affaire, car deux femmes étaient mortes avec des lésions intestinales non douteuses produites, par la solution caustique, réclama au préfet la destitution du médecin. Le médecin incriminé était un adversaire politique acharné du vice-président de la Commission administrative des hospices. Ce dernier avait compté sans les rancunes politiques, et comme le préfet était du même parti que le médecin, c'est le vice-président qui fut destitué. Le médecin, après avoir pleuré et gémi devant ses collègues, réunis en conseil secret, et qu'il était venu supplier de le défendre, conserva sa place.

Inutilité d'un conseil de l'ordre des médecins.

On a proposé maintes fois la création d'un conseil de l'ordre des médecins. A quoi pourrait servir ce conseil de l'ordre, puisqu'il ne pourrait prononcer aucune sanction légale. Si on lui donnait ce droit, ce serait enlever aux tribunaux réguliers les différends qui se rattachent à l'exercice de la médecine.

La création de ce conseil de l'ordre aurait aussi de gros inconvénients et notamment, l'exagération de l'autorité, déjà abusive, que tendront toujours à usurper certains médecins dotés de titres honorifiques et de grosses sinécures.

La vie n'est, pour beaucoup, que la course « au galon » Combien de médecins n'arrivent à conquérir des titres très recherchés que par une domesticité fidèle aux ambitions d'un maître déjà très galonné. On appelle cela suivre « la filière ». Mais il ne suffit pas de se plier aux fantaisies du « patron ». Il faut entrer dans les bonnes grâces de la « patronne » sinon de la « gouvernante » et le « savoir-faire » qui conduit un élève

médiocre à épouser la fille du maître saura tenir en échec les concurrents incapables de ces basses intrigues et trop confiants en leur seule valeur. Plutôt que d'être « quelqu'un » il est souvent préférable d'être le fils du professeur N..., le gendre du professeur X..., et de petites chapelles se forment, hors desquelles il n'y a pas de salut.

C'est ainsi que, dans toutes les sociétés scientifiques fermées et dans le corps enseignant des Facultés de médecine, se trouvent recrutées petit à petit un nombre respectable d'honnêtes médiocrités.

Ce mandarinat effectif ne manque pas d'être grotesque lorsque certains membres de ces sociétés savantes et de ces établissements d'enseignement prétendent s'appuyer sur leurs « galons » pour démontrer leur supériorité.

Les carrières libérales exigent le développement libre de chaque individualité.

Le nouveau diplôme supérieur de l'enseignement de la médecine.

Nous venions d'écrire ces lignes lorsque parut en juillet 1906 un décret annon-

çant la création d'un nouveau grade dans l'enseignement médical. La lecture du rapport nuageux qui a abouti à l'enfantement de ce diplôme ne nous apprend pas grand' chose, sinon que les professeurs eux-mêmes de la Faculté de médecine avouent publiquement l'insuffisance des études médicales actuelles, c'est-à-dire de leur propre enseignement. Nous enregistrons cet aveu, dont la sincérité est touchante. Il est évident que les agrégés et les professeurs des facultés de médecine perdent un temps considérable à faire des cours où il ne vient pas d'élèves, à diriger des travaux pratiques dont l'obligation est la seule qualité et à interroger les candidats aux examens. Ils se donnent, en somme, beaucoup de peine pour arriver à bien peu de chose. Les professeurs titulaires et les agrégés perdent tellement de temps du fait de leurs fonctions que la plupart d'entre eux se trouvent dans l'impossibilité de donner libre cours à leurs aptitudes intellectuelles et de se livrer à des recherches scientifiques suivies ; c'est probablement pour cela que leur enseignement est dépourvu d'intérêt.

Leur but principal, en conquérant leurs

titres, n'est-il pas de se recommander ainsi à la clientèle riche ? Ils auraient bien tort, dès qu'ils ont obtenu le titre désiré, de distraire pour la science une partie des heures qu'ils préfèrent consacrer à améliorer leur situation matérielle. C'est la lutte pour la vie. A côté du petit nombre de travailleurs modestes qui s'enferment dans les laboratoires, la plupart des médecins galonnés s'occupent surtout de leur clientèle.

L'enseignement des facultés de médecine est donc insuffisant, le rapport lu au Conseil supérieur de l'instruction publique est formel sur ce point. Mais en quoi l'autorité compétente prétend-elle remédier à l'insuffisance de l'enseignement de la médecine, en créant un diplôme supérieur, c'est-à-dire en créant une nouvelle caste de médecins, et en multipliant les postes officiels pour les spécialistes ? Si l'enseignement de la médecine est insuffisant, il faut le relever en modifiant les programmes, en choisissant des professeurs dignes de ce nom et en rémunérant assez leurs services pour exiger tout leur temps. Le corps enseignant paraît oublier que sa seule raison d'être est l'instruction des étudiants et que l'enseignement

doit être égal pour tous, puisque tous les médecins ont un rôle identique, celui de donner leurs soins aux malades. Or on vient à peine de supprimer l'officiat de santé, et l'on imagine un diplôme qui va rejeter les simples docteurs en médecine au rang jadis inférieur des officiers de santé, qui n'avaient ni le droit de faire des opérations chirurgicales, ni la possibilité d'aspirer aux fonctions les plus banales, comme celles de médecin de l'état civil, de médecin du bureau de bienfaisance ou des écoles, d'expert ou de médecin légiste.

La majorité du public suppose que les médecins doivent posséder, sans exception, un ensemble de connaissances suffisant, puisque leur rôle est de soulager l'humanité souffrante. Le législateur, en créant la nouvelle caste, dit à la masse des docteurs en médecine, à tous ceux qui n'auront pas le temps ou les moyens pécuniaires d'obtenir le diplôme supérieur : « Vous resterez des praticiens de second ordre, aucune fonction, même la plus infime, ne vous sera accessible, vous serez les médecins des pauvres, vous vous trouvez exclus des places rémunératrices de médecin des

grandes compagnies et des industries privées, vous serez exclus du rôle de médecin consultant, vous n'aurez la confiance que des déshérités de la fortune, de ceux qui n'auront pas la possibilité de payer de gros honoraires. » En effet, quelle famille riche acceptera les soins d'un médecin non pourvu de ce diplôme supérieur ? Quel malade voudra choisir un consultant en dehors de cette sorte d'état-major ?

Evidemment, la profession médicale est actuellement très encombrée. Mais nous venons précisément de faire remarquer que les titres officiels et les fonctions rémunérées, accessibles au corps médical, sont si souvent décernés à l'intrigue plutôt qu'au mérite, que ces titres ne garantissent nullement la supériorité de ceux qui les possèdent. Il y aura donc toujours, quelle que soient les situations, des parvenus et des fils de leurs œuvres : les titres n'ajouteront jamais rien à la valeur personnelle et intrinsèque de celui qui les possède. Le nombre des médecins pourvus de ces titres, autrefois si recherchés, est d'ailleurs devenu si considérable que beaucoup d'entre eux, par suite de leur médiocrité et de leur

manque de savoir-faire, ne réussissent pas à acquérir la situation qu'ils avaient rêvée.

La création de ce nouveau diplôme augmentera le malaise qui sévit actuellement dans la profession médicale, sans remédier à rien. Nous ne saurions donc trop engager les personnes qui ont à confier leur vie ou celle des leurs à l'homme de l'art à ne tenir nul compte de tout ce qui n'est pas le fruit de l'intelligence et du labeur personnel. Les titres et les fonctions publiques seront de moins en moins recherchés, à mesure qu'ils se trouveront avilis par le trop grand nombre des privilégiés.

Certaines sociétés médicales ne sont que des officines de réclame.

Les mêmes critiques s'appliquent à certaines sociétés médicales, dont l'accès est très recherché par les médecins et les chirurgiens avides de clientèle, parce qu'elles sont pour eux de véritables agences de publicité.

Les membres de ces sociétés le savent si bien qu'ils ont édicté des règlements pour fermer leurs portes aux importuns

et n'accepter dans leur sein que ceux qui peuvent « montrer patte blanche ». C'est ainsi que ces sociétés, avec leur prétention de diriger le mouvement scientifique, sont souvent des sociétés d'étouffement et de réaction, puisqu'elles n'admettent pas la *libre discussion* des questions à l'ordre du jour. Une des sociétés les plus extraordinaires à cet égard est la Société internationale de chirurgie; cette société a d'ailleurs prouvé, par la faillite presque complète de sa première réunion que la science ne saurait s'accommoder de l'exclusivisme ni de l'autocratie de quelques honnêtes médiocrités. Il est si difficile d'être *quelqu'un* et si facile de devenir *quelque chose.*

Il n'est donc pas étonnant que les médecins dépourvus de valeur intrinsèque et d'individualité se rejettent, pour devenir « quelque chose » sur tous les moyens qui sont à leur portée.

La recherche de la notoriété.

Les intrigues féminines et politiques viennent jouer ici un rôle prépondérant.

Combien de chaires de professeurs, pour ce qui concerne la profession médicale, combien de fonctions richement rémunérées n'ont été dues qu'à l'amitié d'un ministre tout-puissant ou des personnes qui l'entourent!

La conquête de la notoriété publique exige à son tour un doigté différent: lorsqu'on n'est capable de rien découvrir, de rien créer de nouveau qui puisse attirer à la fois l'attention du monde savant et du public scientifique, il faut employer d'autres procédés. L'un des plus simples et des plus usités est de bâtir sa réputation sur la notoriété d'illustres clients. Le célèbre chirurgien X..., dit un journal en vogue, vient d'opérer la grande artiste à la mode, et l'on décrit dans des colonnes entières, en dépit des règles du secret professionnel, tous les détails de l'opération. Une autre fois c'est une célèbre divette de café-concert, c'est un homme politique, un monarque.

L'opération a été insignifiante; elle est, pour le monde médical, sans aucun intérêt.

C'est en pareil cas la notoriété de l'opéré, dont le nom est mis en avant en grosses

lettres, qui supplée à la notoriété plus effacée du chirurgien. Les détails techniques d'une opération très banale, accumulés et grossis pour les besoins de la cause, viennent assurer à l'opérateur, par un coup de grosse caisse adroitement préparé, une réputation factice mais souvent profitable.

Bien des personnes ont été ainsi consulter tel médecin, tel chirurgien, non pas parce qu'elles lui reconnaissaient une valeur personnelle indiscutable, mais parce qu'il avait su conquérir la confiance de Sarah Bernhardt, d'Yvette Guilbert, de Waldeck-Rousseau, qui dans leur vie enfiévrée et extériorisée, avec une insouciance toute fin-de-siècle, ont laissé décrire et étaler devant les yeux de tous leurs infirmités les plus cachées.

Cette sorte de réclame, où se trouve violé le devoir le plus sacré du médecin, le secret professionnel, puisqu'on y lit non seulement le nom de la personne opérée, mais encore les détails les plus intimes de l'opération, est misérable au premier chef. « Mais c'est Elle qui a fait insérer l'article », insinua dans un de ces cas l'heureux opérateur. « Non sans votre consentement, mon

cher collègue ; vous deviez vous opposer à cette réclame pitoyable, qui profitera peut-être à votre bourse, mais qui entame votre réputation scientifique. »

Il en est tout autrement lorsque les journaux font connaître au public, dans les différentes branches de la profession médicale, des découvertes d'une réelle importance. Les articles de presse sont utiles, très utiles même, mais à la condition qu'ils ne sortent pas du domaine scientifique. Le public réclame d'être éclairé sur toutes les questions qui l'intéressent directement. Les découvertes immortelles de la vaccination antirabique par Pasteur et de la sérothérapie de la diphtérie chez l'homme par Roux auraient-elles à leur actif les milliers de guérisons qui leur sont dues, si la presse n'avais pas vulgarisé ces bienfaits inappréciables ?

Les rois ne sont pas les mieux soignés et leurs infirmités sont discutées publiquement.

Il est vrai que, dans cet ordre d'idées, les personnages les plus en vue ne sont pas les

plus favorisés. Il y a quelques années, je me trouvais dans une grande capitale. Au même hôtel venait de descendre un des membres de la famille régnante d'un empire voisin. « Vous avez vu le grand-duc X... », demande un voyageur au concierge ? « Oui, monsieur, mais il ne sort guère que pour aller chez le docteur N... » Ce docteur était le *Ricord* de l'endroit.

Un roi, un empereur vient-il à tomber malade ? La maladie est immédiatement discutée. On recherche dans sa famille les antécédents les plus secrets, la tuberculose, la syphilis, le cancer et sans remonter à la fistule à l'anus de Louis XIV, nous ne pouvons que trouver excessive la publicité qui s'est trouvée faite autour de telle ou telle méningite, de telle ou telle appendicite royales. Une autre fois ce sont des discussions sans intérêt pour le grand public, entre des spécialistes accourus du monde entier et qui soutenaient, les uns le diagnostic du cancer du larynx, les autres le diagnostic de la syphilis. L'auguste malade n'en a pas moins succombé et, pendant sa longue agonie, combien de fois n'a-t-il pas dû penser qu'il devait être bon de

vivre loin des grandeurs et du faste impérial.

Il est très rare que le médecin ait assez de caractère pour faire abstraction de la personnalité du malade.

Il est incontestable que, par suite de leur situation et de la responsabilité encourue par les médecins, les rois se trouvent souvent moins bien soignés que les bourgeois les plus modestes.

Combien existe-t-il en effet, de médecins et de chirurgiens assez sûrs d'eux-mêmes et doués d'un caractère assez énergique pour faire complètement abstraction de la situation sociale de leur malade et pour n'avoir en vue que le *patient*, dans sa lutte contre la *maladie*.

Le plus souvent, la conduite du médecin et du chirurgien se trouve influencée par des facteurs étrangers à l'état du malade. L'apparat protocolaire qui préside aux consultations médicales auprès de certains rois, l'exagération du nombre de médecins appelés à donner leur avis, les tergiversa-

tions sans nombre qui se produisent au moment de prendre une décision grave et, si nous voulons jeter un regard dans les coulisses, les intrigues de toutes sortes, la jalousie professionnelle, interviennent à la fois pour compliquer les situations les plus simples.

La maladie est moins formaliste : maîtres ou valets, nous sommes tous égaux devant elle.

C'est pourquoi je ne puis pas comprendre qu'en présence d'un cas grave et qui exige une prompte décision, il y ait plusieurs manières de traiter un malade, parce que sa situation sociale est plus ou moins élevée.

L'histoire médicale contemporaine est féconde en exemples : chez un de ces favorisés de la naissance, c'est une otite suppurée très ancienne, qui eût été guérie par une intervention chirurgicale, si le patient n'avait pas été un puissant personnage européen ; ailleurs, c'est un cas d'épilepsie en relation probable avec un traumatisme crânien; cette affection aurait été opérée chez tout autre patient.

C'est ainsi que la plupart des médecins et des chirurgiens hésitent lorsqu'il faut

prendre une décision grave, si le malade occupe une situation de nature à augmenter leur responsabilité.

Opérer une otite chronique suppurée, faire une craniectomie dans un cas d'épilepsie, ne sont cependant pas des opérations exceptionnelles; et les chirurgiens qui n'ont pas su prendre de décision dans ces deux cas pratiquent fréquemment ces opérations sur des patients plus vulgaires.

Il est vrai que bien des mains trembleraient par cela même que l'opération serait faite sur un de ces favorisés de la fortune.

Ces hésitations sont une preuve que très peu de chirurgiens sont assez sûrs d'eux-mêmes pour faire abstraction complète de tout ce qui est étranger à la maladie et pour opérer avec la même sécurité et la même confiance en leur art un roi ou ses laquais.

N'est-ce pas cependant une des plus belles prérogatives du médecin et du chirurgien, de pouvoir se dire, en présence des plus puissants de la terre : Je ne vois devant moi qu'un malade; je ne veux rien envisager en dehors de ce qui se rattache directement à la maladie et aux moyens dont je dispose pour la combattre. »?

Il est vrai que cette indécision et ces tergiversations ne s'observent guère, pour les malades de situation exceptionnelle, que dans les cas de maladies à évolution relativement lente ou de maladies chroniques.

En effet, la soudaineté d'un accident, d'un attentat, a plusieurs fois brisé toutes les règles protocolaires, et d'illustres victimes du couteau ou du revolver d'un assassin se sont vues opérer, dans l'affolement immédiat, déjà presque mourantes, avant qu'on ait pris le temps de réunir les objets indispensables.

Les devoirs du médecin. « Primum non nocere ».

Le médecin, comme le chirurgien, ne peut remplir son devoir, tout son devoir, que s'il suit sans pouvoir la transgresser cette maxime du Christ : « Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fît » que nous pouvons traduire pour le cas particulier : « Fais à ton malade ce que tu voudrais qu'on te fît ».

La médecine consiste essentiellement à

venir *en aide à la nature.* Le premier précepte du médecin est donc : « *Primum non nocere* — d'abord ne pas nuire ».

Et c'est précisément parce qu'il y a mille manières de *nuire*, c'est-à-dire de *contrarier* l'effort salutaire de la nature, qu'il est souvent bien difficile d'exercer l'art de guérir.

Le point le plus délicat peut-être est de savoir apprécier la résistance vitale du sujet, c'est-à-dire les ressources naturelles dont il dispose pour combattre la maladie. C'est donc le malade lui-même qu'il faut étudier, dans ses réactions de défense contre l'affection qui le frappe.

Il est facile de concevoir combien cette connaissance approfondie de la physiologie pathologique de chaque malade est un problème délicat. La solution de ce problème n'est à la portée que d'un très petit nombre d'esprits lucides et clairvoyants. Il est si facile, en effet, de traiter les *maladies* d'après un *système*, en oubliant qu'en regard de la maladie il y a le malade, et que, pour une même maladie, aucun malade n'est absolument identique à un autre !

Le choix d'un médecin ne doit être influencé par aucune considération étrangère à l'intérêt du malade.

Les développements ne paraîtront pas indifférents si l'on songe que le choix d'un médecin ou d'un chirurgien, dans des circonstances même très graves, est le plus souvent influencé par des considérations absolument étrangères, sinon contraires à l'intérêt du malade : relations mondaines ou artistiques, situations officielles et honorifiques.

Les situations officielles, les distinctions honorifiques, les relations mondaines et artistiques sont ardemment convoitées parce que la plupart des jeunes médecins sentent que ce sont pour eux les facteurs principaux du succès. Des exemples récents ont montré surabondamment que certaines des sociétés scientifiques qui ont la prétention de diriger le mouvement médical ne sont que des officines de réclame à grand orchestre. Les faits les plus insignifiants y sont présentés exclusivement à l'usage du grand public et ces longues discussions

académiques se montrent le plus souvent dépourvues du moindre caractère scientifique, parce que le but à atteindre est exclusivement « pratique ».

C'est pourquoi ces sociétés fermées sont si jalouses de leurs prérogatives et interdisent leurs tréteaux à qui n'est pas *persona grata*.

Les situations officielles présentent un autre avantage : elles mettent leurs titulaires, dans une certaine mesure, à l'abri des lois du droit commun. Combien pourrions-nous citer d'exemples où la responsabilité du médecin ou du chirurgien était effectivement engagée et où des « accidents » regrettables, terminés par la mort du malade, n'ont soulevé aucune protestation parce qu'ils avaient eu lieu dans les hôpitaux! Ce sont le plus souvent des tentatives étranges et hasardées, de véritables expériences *in anima vili*, presque aussi vite oubliées que le malheureux ou la malheureuse qui se sont trouvés ainsi soulagés de l'existence. Nous savons beaucoup de ces faits regrettables; ils ont été connus de l'administration ; plusieurs d'entre eux méritaient une révocation immédiate. Jamais

l'autorité compétente n'a jugé à propos de s'en émouvoir, parce qu'il aurait fallu porter atteinte à l'inviolabilité d'un corps constitué.

Je puis citer le cas très instructif d'un jeune homme atteint d'une fracture grave de la jambe et conduit à l'hôpital, où il fut pansé par un élève. Quarante jours après, le chef de service, qui le voyait pour la première fois, s'aperçut que le membre s'était consolidé dans une position vicieuse et que la marche était impossible. On fit successivement plusieurs opérations et le patient demeura estropié.

Le père voulut intenter une action judiciaire ; l'administration dégagea aussi bien sa responsabilité que celle du chirurgien. On conclut que le chirurgien, étant nommé au concours, ne pouvait pas être considéré comme responsable : le jeune homme se trouva seul fautif, puisqu'il avait eu le tort de se casser la jambe.

Le choix d'un médecin ou d'un chirurgien peut être également influencé par des circonstances toutes fortuites. Certaines femmes notamment se trouvent attirées à un moment donné, comme par une force se-

crète, vers celui qui d'abord leur avait causé un sentiment d'effroi. Petit à petit, l'homme terrible et qui était un objet de répulsion apparaît de moins en moins redoutable, puis il est considéré comme le sauveur désigné.

La consultation : première entrevue du malade et du médecin.

Le choix du médecin est arrêté, et il s'agit de prendre contact avec lui. La première entrevue du malade et du médecin se produit dans des conditions bien différentes suivant que le médecin est ou n'est pas tout à fait un inconnu, suivant qu'elle a lieu dans le cabinet de consultation du médecin ou chez le malade lui-même.

L'arrivée du malade qui se sent atteint d'une affection sérieuse chez le médecin de son choix est rarement exempte d'une certaine émotion. « Qu'est-ce qu'il me dira? Peut-être suis-je gravement atteint. » Certaines personnes hésitent ainsi pendant plusieurs jours, pendant plusieurs semaines, approchent du seuil si redouté et s'enfuient

pour revenir et repartir encore. Je me souviens d'une malade, très souffrante à la suite d'une opération abdominale incomplète, qui lui avait laissé des souvenirs terrifiants. La malheureuse, après de longs mois de séjour au lit, pouvait à peine faire quelques pas et cet état durait depuis plusieurs années. Cette malade avait une terreur folle d'une nouvelle opération, qu'elle savait cependant nécessaire. Elle m'avoua plus tard qu'à deux reprises, étant sortie de chez elle pour me consulter, elle arrêta la voiture à mi-chemin pour se faire conduire à la gare et partit pour une de ses propriétés, très éloignée de Paris, afin de retarder encore le moment fatal.

Un jour, elle se trouva comme inconsciemment devant moi et me dit ses appréhensions ; quelques semaines après l'opération, elle était guérie et aussi valide qu'à ses meilleurs jours d'autrefois.

Cette crainte instinctive du médecin dont on va franchir le seuil est bien naturelle. La douleur d'une rage de dents ne disparaît-elle pas bien souvent quand on approche du dentiste ? Lorsqu'il s'agit d'une opération et surtout si le patient a

déjà subi sans succès une intervention douloureuse, on comprend aisément que l'appréhension de ce nouvel inconnu soit assez intense pour faire oublier momentanément de vives souffrances.

Nous voici dans la salle d'attente : la porte s'ouvre, et le malade franchit le seuil. Le médecin dévisage rapidement le nouveau venu et le fait asseoir dans un fauteuil, en pleine lumière.

L'interrogatoire commence aussitôt : « De quoi vous plaignez-vous ? » Petit à petit, l'homme de l'art conquiert la confiance du malade et obtient de lui les premiers détails sur les signes subjectifs de l'affection.

Les symptômes subjectifs et les symptômesobjectifs. L'interrogatoire et l'examen du malade.

Il existe en effet, deux classes de symptômes : les symptômes subjectifs, qui sont les sensations pathologiques et anormales éprouvées par le malade, et les symptômes objectifs, qui sont l'ensemble des constatations faites par le médecin sur le malade.

L'interrogatoire du malade a pour but de connaître les symptômes subjectifs de la maladie, c'est-à-dire les sensations anormales produites par l'état morbide, et accessoirement tous les détails susceptibles de faciliter le diagnostic. Dès que le patient a exposé ce dont il se plaint, le médecin lui pose des questions en rapport avec l'affection en cause : il l'interroge sur ses antécédents, c'est-à-dire sur ses maladies antérieures et sur les particularités qui peuvent être relevées du côté de ses parents et de ses proches, sur ses habitudes et son genre de vie.

Lorsque le médecin a obtenu les renseignements utiles, il procède à l'examen du malade, c'est-à-dire à la recherche des symptômes objectifs.

Cet examen du malade se fait, dans certains cas, pendant l'interrogatoire, et même avant l'interrogatoire, s'il s'agit d'une maladie externe, d'un accident, d'un phlegmon.

En pareil cas, le malade présente de lui-même la partie malade, dont la seule inspection suffit pour éclairer le diagnostic, et c'est après cette première inspection que le médecin procède à l'interrogatoire pro-

prement dit, afin de déterminer les conditions d'origine et les causes de la lésion, puis les circonstances accessoires, antécédents, commémoratifs.

L'examen du malade est beaucoup plus minutieux quand il s'agit d'affections internes et viscérales, où l'établissement d'un diagnostic précis est souvent très délicat.

Nécessité d'un examen complet.

Nous ne saurions trop insister sur cette nécessité de pratiquer dans tous les cas un examen complet du malade, de l'interroger sur toutes ses fonctions, et d'explorer méthodiquement tous les organes avec le plus grand soin.

La partie malade, si elle a été suffisamment précisée par l'interrogatoire, sera explorée en premier lieu. Il est indispensable, toutes les fois qu'il s'agit d'une maladie interne, de faire dévêtir le malade et de l'étendre sur un lit d'examen. On ne devra jamais négliger l'exploration la plus minutieuse des poumons, du cœur, du foie et des reins, dont on recherchera les

déplacements, l'augmentation de volume, la sensibilité anormale. Le palper abdominal, pratiqué méthodiquement et avec douceur, permettra d'explorer en quelques instants le tube digestif et la région de l'appendice. L'examen de la rate ne doit pas être négligé. Certaines manœuvres d'exploration sont indiquées, soit chez la femme, où l'exploration bimanuelle ne doit jamais être omise, soit dans certains cas particuliers. Il ne faut jamais négliger de rechercher s'il existe de l'œdème des jambes.

Dès que cette inspection générale a été pratiquée, il peut être nécessaire d'explorer de nouveau et plus complètement une région ou bien un organe déterminé. Enfin ce premier examen peut être le point de départ d'un examen plus approfondi, nécessitant l'emploi des instruments explorateurs spéciaux à chaque région, sondes, endoscopes appareils électriques, examen aux rayons X de Roentgen.

On fera faire sans exception une analyse qualitative et quantitative des urines de 24 heures, et l'on ne devra pas négliger l'examen du sang ou de toutes les excrétions

susceptibles de donner, après analyse chimique et bactériologique, des renseignements utiles.

S'agit-il d'un cas où il existe une expectoration habituelle, il est indispensable de faire une analyse bactériologique minutieuse.

Si l'on soupçonne la présence de bacilles tuberculeux ou de pneumocoques, les résultats de l'analyse bactériologique doivent être contrôlés par des inoculations aux animaux : aux cobayes pour la tuberculose, aux souris blanches pour le pneumocoque.

S'agit-il d'un abcès chaud, d'une ostéomyélite et même d'une angine de nature douteuse, il faut rechercher immédiatement, par l'examen du pus et par sa mise en culture, la nature de l'agent infectieux. En effet certaines infections microbiennes exigent une médication particulière, par exemple la sérothérapie antidiphtérique, antistaphylococcique ou antistreptococcique.

Dans certains cas, il sera même nécessaire, pour établir le diagnostic, de pratiquer une biopsie, c'est-à-dire de prélever au point malade, après anesthésie locale, un petit

fragment de tissus morbides, qui sera examiné au microscope.

Ne croyez pas que ces biopsies soient bien cruelles ; l'anesthésie locale avec le chlorure d'éthyle ou de méthyle, combinée avec une injection interstitielle de chlorhydrate de cocaïne, permet de prélever sans la moindre douleur un petit fragment de quelques millimètres cubes, suffisant pour la détermination du diagnostic.

Le médecin consultant doit être capable de faire par lui-même tous les examens et analyses nécessaires.

Ces examens spéciaux sont faits habituellement dans des laboratoires où le préparateur ignore entièrement le cas en litige. La détermination précise de certains diagnostics délicats est ainsi rendue plus difficile parce que très peu de médecins possèdent des connaissances suffisantes dans toutes les branches de la science médicale pour pratiquer eux-mêmes tous les examens et analyses nécessaires.

Il y a un intérêt majeur à ce que tous ces examens et analyses soient faits et con-

trôlés par le médecin consultant lui-même.

La première visite du malade chez le médecin de son choix est suffisante dans certains cas pour permettre à l'homme de l'art de préciser le diagnostic et les indications thérapeutiques.

L'arrêt du médecin consultant

Lorsque l'interrogatoire et le premier examen du malade sont terminés, le médecin prend la parole pour dicter son arrêt : c'est ici que se pose cette question si délicate: Quels sont les cas où il faut laisser le malade ignorer son état.? Les avis sont très partagés, et je crois qu'il y a là surtout une question de savoir-faire. Entre le médecin qui dit brutalement : « Vous avez un cancer de l'estomac », et celui qui laisse ignorer jusqu'à la dernière heure un mal incurable, il y a bien des manières de présenter au malade son cas particulier, de telle sorte qu'il en comprenne la gravité, et sans l'effrayer outre mesure.

Une jeune étrangère, très mondaine, se présente un jour à ma consultation et me dit tranquillement : « Docteur, j'ai un cancer

« interne qui a déjà été opéré et qui est re-
« venu aussitôt, mon chirurgien m'a dit
« que je n'avais plus que deux mois à
« vivre; pouvez-vous quelque chose pour
« moi ? » Je fis passer cette dame dans la salle d'examen : les ligaments larges étaient envahis et il y avait des signes de compression des uretères. La malade entra à la clinique et subit une opération d'une difficulté extrême : elle est toujours en vie et il y a de cela deux ans et demi. Une nature moins énergique n'aurait pas supporté la déclaration brusque de ce pronostic fatal par le premier médecin consultant et se serait laissé mourir dans les larmes et le découragement, sans rien vouloir tenter.

Il n'est pas exceptionnel d'entendre dire par le malade juste au moment où le médecin va prendre la parole : « Docteur, je suis homme, je veux savoir la vérité, vous pouvez tout me dire. » Et pourtant vous verriez pâlir étrangement ces personnes qui n'ont que l'apparence du stoïcisme, si vous leur disiez brutalement : « Votre cas est incurable, et vous êtes perdu. » Devez-vous cependant, pour ménager la

sensibilité du patient, lui assurer que son état est sans gravité et la guérison certaine? Certainement non. J'estime que le médecin qui trompe entièrement le malade sur la gravité de son cas et qui déclare un instant après à un membre de la famille que le mal est sans remède, manque à son devoir. Ce médecin abuse de la confiance que le patient a mise en lui.

Il est évident aussi qu'il est impossible de parler à chaque malade en des termes identiques : tous ne sont pas aptes à comprendre le même langage. Le médecin doit être un psychologue, il doit savoir interroger le patient de manière à connaître, par ses réponses, son intellectualité, et l'idée qu'il se fait lui-même de sa maladie. Le médecin doit aussi se renseigner, dans le cas où une opération est indiquée, sur la crainte que cette intervention peut inspirer au patient.

Certains malades vous abordent en ces termes : « Docteur, si j'ai une tumeur, je ne me ferai jamais opérer». Le médecin, pour ne rien brusquer, explique au patient que son cas n'est pas très grave et cherche à lui faire comprendre qu'il sera peut-être

nécessaire de penser à une opération si un premier traitement reste sans effet. A peine sortie du cabinet de consultations, la même personne dit au parent qui l'accompagne : « Voilà un singulier chirurgien ; il ne m'a même pas dit qu'il fallait m'opérer. »

Il faut une longue pratique pour se faire à toutes ces difficultés de la profession médicale et il est incontestable que bien peu de médecins sont assez observateurs pour savoir que le mot *non*, prononcé d'une certaine manière, est une acceptation, tandis que d'autres malades répondent affirmativement avec l'intention bien arrêtée de faire le contraire de ce qu'ils promettent.

Ce qu'il convient de dire à chaque malade dépend donc à la fois de l'intelligence de la personne qui consulte, de ses connaissances médicales plus ou moins obscures, de son état nerveux et du degré de sa sensibilité émotive.

Vous direz à une personne qui vous consulte pour des crises répétées d'appendicite et qui vous a exposé son cas en toute connaissance de cause : « C'est exact, vous avez une appendicite, il faudra faire l'opération »,

et vous en fixerez la date avec le malade, qui vous indiquera ses raisons pour hâter ou pour retarder l'intervention. Avez-vous affaire à une personne pusillanime, peu éclairée et qui s'épouvante de l'opération, vous direz, si le cas est urgent : « *Vous avez* un abcès », ou bien : « *il vous vient* un abcès, il *faut* ou il *faudra* bientôt l'ouvrir. »

Supposez un cas de cancer, encore susceptible d'être traité utilement et exigeant l'opération. Il ne faut pas dire au malade : « Vous avez un cancer, vous êtes perdu si l'on ne vous opère pas immédiatement. » Le malade s'effraiera très justement et se dira que l'opération n'est pas utile, si le mal risque de récidiver aussitôt. Vous le déciderez beaucoup mieux en lui disant : « Vous avez une ulcération qui tend à s'étendre, et qu'il faut opérer immédiatement parce qu'elle pourrait s'aggraver et devenir un mal de mauvaise nature. « Vous remplirez ainsi votre devoir en faisant comprendre au malade que son cas est grave, qu'il doit prendre toutes ses précautions en prévision d'un accident improbable, mais cependant possible, et vous lui ferez réclamer par lui-même l'opération, qu'il

aurait peut-être repoussée si vous aviez exposé le cas trop brutalement.

Il y a plusieurs manières de dire la vérité; la meilleure est celle qui saura convaincre le patient et qui lui fera accepter le traitement nécessaire.

Si le malade paraît interloqué de se voir expliquer son cas avec franchise et précision vous lui répondrez : « Il m'est impossible de vous cacher que votre cas est sérieux. Ma responsabilité est engagée vis-à-vis de vous. Si vous refusez l'opération que je crois urgente, vous saurez au moins que je vous l'ai conseillée et vous ne pourrez pas me reprocher plus tard d'avoir laissé l'affection s'aggraver parce que je ne vous avais pas averti. »

La consultation au domicile du malade.

La première entrevue du médecin et du malade au domicile de celui-ci est en général très différente. Le plus souvent il s'agit d'un cas grave et le médecin consultant est appelé au chevet du malade par le médecin de la famille, qui a déjà la direction du traitement.

On croit communément qu'il faut prendre les plus grandes précautions pour faire accepter aux malades alités une consultation : la famille fait venir le médecin consultant, puis elle lui explique que le malade ignore son arrivée ; on va le présenter comme un ami du médecin traitant, de passage dans le pays, et que celui-ci a amené parce qu'il jugeait le cas très intéressant.

Que de fois j'ai souri à l'annonce de tels artifices, car il est bien peu de malades qui prennent garde à ces détails, très accessoires en présence de leur maladie. Il est rare que le nouveau médecin ne soit pas accueilli d'un regard vif et reconnaissant.

Est-ce que le maheureux qui souffre dans son lit de douleurs peut s'intéresser à la manière dont est venu le médecin consultant ? Qu'il ait été appelé pour un voisin ou pour lui-même, peu importe : le médecin est à son chevet, et il ne voit en lui qu'un sauveur, en qui réside en ce moment tout son espoir.

Le médecin consultant n'est introduit auprès du malade qu'après avoir été mis au courant de la maladie et de son évolu-

tion par le médecin traitant. L'interrogatoire sera donc tout différent de celui que nous avons décrit dans le cabinet du médecin.

Comment le malade reçoit-il généralement le nouveau venu ?

Si nous exceptons les cas où le malade est dans une prostration suffisante pour demeurer indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, presque toujours son premier mouvement est d'épier le médecin consultant d'un regard scrutateur. Il cherche à lire sur le visage du docteur sa première impression, s'imaginant qu'il se départira de son impassibilité pour manifester une émotion quelconque en présence d'un cas très grave. Le malade éprouve aussi le besoin de rechercher immédiatement, lorsque le médecin consultant lui est inconnu, si sa physionomie lui est sympathique, si sa personnalité lui inspire confiance. Aussi les grands consultants ont-ils l'habitude de se présenter à leurs nouveaux malades avec douceur et affabilité, les rassurant, s'ils semblent inquiets, par des paroles d'encouragement. Si le malade est trop loquace, il est facile de

modérer son exubérance en lui disant : Votre médecin m'a déjà mis très longuement au courant de votre cas, ne vous fatiguez pas et laissez-moi vous poser des questions. L'interrogatoire se fait ainsi plus vite et porte sur les points qui ont été déterminés par les deux médecins avant leur introduction auprès du malade.

L'examen du malade doit être aussi complet que possible ; il portera plus spécialement sur la région intéressée, mais sans oublier aucun organe.

Dès que l'examen est terminé, les deux médecins se retirent dans une pièce éloignée pour conférer ensemble et discuter le diagnostic, puis le traitement. Tous deux sont introduits de nouveau auprès du malade et le médecin consultant donne le résultat de la délibération, en prodiguant au malade tous les encouragements nécessaires. Il faut en effet que le patient conserve un moral satisfaisant pour lutter avec plus de vigueur contre la maladie.

Après avoir quitté le malade, les médecins font venir auprès d'eux, dans une autre chambre, les personnes de la famille qui

doivent être exactement renseignées sur le cas, et ils les éclairent de leur mieux sur la marche probable de l'affection. Le pronostic toutefois doit être réservé dans les cas graves.

Lorsqu'il y a plusieurs médecins consultants, il est de règle que l'interrogatoire du malade soit fait par le plus jeune. Ses collègues posent ensuite par ordre d'âge les questions qu'ils jugent indispensables pour éclaircir les points difficiles et complètent l'examen avec toute la discrétion possible, de manière à ne pas fatiguer inutilement le malade.

Lorsque les médecins consultants se trouvent réunis pour discuter le cas, la discussion est dirigée par le plus âgé, qui donne successivement la parole au plus jeune et ainsi de suite, pour résumer ensuite la discussion et poser les conclusions. La consultation est rédigée sous sa dictée par le médecin le plus jeune et signée successivement par tous.

C'est également le médecin le plus âgé ou celui qui occupe la situation scientifique prépondérante qui est appelé à prendre la parole auprès du malade pour lui exposer

le résultat de la consultation et ensuite pour renseigner la famille.

Le choix d'un médecin consultant est donc toujours délicat, puisqu'il faut être assuré de rencontrer chez lui des qualités très diverses : l'art de conquérir le malade et de lui donner confiance, la sagacité du diagnostic, la clairvoyance pour l'institution du traitement.

En présence d'un cas chirurgical, le chirurgien doit poser lui-même le diagnostic et décider l'opération.

Le rôle du chirurgien diffère sensiblement de celui du médecin, comme nous l'avons déjà laissé entrevoir, parce qu'il lui faut le plus souvent faire accepter au malade non plus un simple traitement médical, mais une opération justement redoutée. Le diagnostic, dans les cas d'affections chirurgicales, doit être précisé encore plus, s'il est possible, que dans les affections médicales, puisqu'il s'agit de prendre une décision grave, immédiate, et dont peut dépendre directement la vie du malade.

Si le malade vient consulter le chirurgien à son domicile, il est souvent accompagné par son médecin traitant, ou bien le chirurgien a entre les mains une lettre de ce dernier, lui exposant l'histoire du cas pathologique. Si le malade se présente de lui-même, et sans lettre d'introduction, le chirurgien l'interrogera en ces termes : « De quoi vous plaignez-vous ? »; il arrivera immédiatement au fait, de manière à examiner d'abord la région malade et ensuite tous les autres organes.

Lorsque la consultation a lieu au domicile du malade et que plusieurs médecins sont réunis, le médecin traitant et ceux de ses collègues qui ont déjà examiné le malade mettent le chirurgien au courant de la marche de l'affection, de l'état du cœur, des poumons, des reins et des autres organes vitaux. Le chirurgien n'a ainsi le plus souvent qu'à examiner d'une manière approfondie une région bien déterminée.

La question du diagnostic en chirurgie est primordiale. Il y a encore beaucoup de personnes et même des médecins qui sont d'avis que le diagnostic doit être posé par le médecin, et que le chirurgien doit être

appelé au moment où l'intervention est jugée opportune, pour pratiquer l'opération. « Je consulterai le Docteur X..., entendrez-vous dire par certaines personnes, et s'il conseille l'opération je la ferai faire par le docteur N... ».

Le chirurgien ne serait ainsi que « le bras » du médecin et devrait se contenter de suivre sa prescription, lorsqu'elle est *d'opérer*. Il y a là une erreur évidente et plus manifeste encore depuis que la chirurgie, de progrès en progrès, est arrivée à empiéter sur une partie des affections dites « internes » et d'ordre médical pur. En effet, lorsqu'il s'agit d'affections viscérales qui peuvent nécessiter une intervention sanglante, il faut distinguer nettement à côté du *diagnostic* de l'affection elle-même, la *détermination de l'intervention opératoire*. Un exemple tout récent nous permettra de préciser. Un jeune homme de 22 ans, faisant son service militaire, est subitement atteint de pleurésie purulente gauche. On pratique l'empyème et on le renvoie dans sa famille.

Deux mois et demi après, ce jeune homme m'est amené par son médecin habi-

tuel, lui-même excellent chirurgien, dans un état des plus inquiétants : le malade est maigre, cachectique, il a les deux jambes enflées, la respiration est courte et haletante, la circulation est défectueuse et on observe un léger degré de cyanose.

Je constate une fistule thoracique profonde, ne donnant plus qu'une petite quantité de pus. La moitié gauche du thorax est immobile et la paroi thoracique antérieure est le siège de ces ondulations rapides qui s'observent dans les cas d'asystolie par symphyse péricardique ; le pouls, très faible, bat à 130 et le foie est atteint de congestion passive.

La matité et l'absence de murmure vésiculaire s'étendent aux trois quarts du thorax, du côté gauche. La radiographie montre du même côté une vaste opacité. L'état précaire du malade, le syndrome bien connu de la symphyse cardiaque pouvaient faire rejeter toute intervention comme n'ayant pas de chances de succès. Je fus d'avis, après un examen attentif, que l'immobilité de la moitié gauche du thorax et les troubles circulatoires étaient dus à des adhérences pleurales très résistantes

et à un épanchement enkysté. Je réséquai 5 côtes sur une longueur de 10 centimètres, et j'évacuai près de 800 grammes de pus enkysté exactement au tiers moyen de la plèvre, en arrière du péricarde. La plaie fut tamponnée. Huit jours plus tard, l'opéré était dans un fauteuil et mangeait de bon appétit. Trois semaines après l'opération, il était de retour dans sa famille, absolument méconnaissable, tellement avait été rapide son retour à la santé. Le pouls ne battait plus qu'à 88. Les accidents si graves qui avaient failli emporter le malade avaient été provoqués uniquement par la compression des *oreillettes dn cœur* par l'épanchement pleural enkysté adjacent, et cette compression des oreillettes avait déterminé des accidents analogues à ceux de l'insuffisance mitrale et tricuspide ou de la symphyque du péricarde.

Une autre fois, j'ai diagnostiqué un kyste hydatique du poumon à la persistance entre l'épanchement et la paroi thoracique d'une mince lame pulmonaire où persistait un léger murmure vésiculaire, et à la marche extrêmement lente de l'affection, qui avait été considérée *un an* auparavant comme une pleurésie.

Une ponction exploratrice confirma le diagnostic, et l'opération montra que le kyste était bien un kyste pulmonaire, partout entouré d'une mince couche de tissu pulmonaire comprimé, mais encore accessible à la pénétration de l'air.

Il m'est arrivé chez plusieurs femmes de reconnaître immédiatement un kyste dermoïde abdominal à la sensation spéciale éprouvée par l'index, qui semblait s'imprimer, au toucher, dans un morceau de beurre assez résistant.

Le diagnostic de l'ulcère ou du cancer de l'estomac, des lésions des voies biliaires, des affections chirurgicales du rein, de l'intestin, est beaucoup plus facile pour un chirurgien habitué à opérer journellement ces affections que pour les médecins, qui n'ont que très exceptionnellement la confirmation de leur diagnostic.

En effet le chirurgien a l'habitude de vérifier journellement ses diagnostics au cours des opérations. Il arrive ainsi, par cet entraînement bien explicable, à une finesse et à une délicatesse de perception qui lui permet de reconnaître certaines lésions profondes, alors que des confrères

moins expérimentés et moins habiles ne pourraient rien percevoir.

Je suis d'avis que le chirurgien doit poser lui-même le diagnostic, en s'entourant naturellement de tous les éclaircissements qui lui seront donnés par les médecins qui ont suivi la maladie. Mais le chirurgien ne doit jamais se laisser dévier de la ligne qu'il poursuit par des considérations théoriques et accessoires.

L'erreur de diagnostic, en médecine, disparaît avec le malade, et hormis les cas très exceptionnels où l'autopsie est pratiquée par un anatomiste expérimenté, bien des points de la maladie demeurent indéterminés.

Le chirurgien qui va *ouvrir* un malade reçoit au contraire, à chaque opération, la confirmation ou l'infirmation de son diagnostic.

Comme il est entouré à chaque opération, non seulement de ses aides, mais aussi du médecin traitant du malade et souvent d'autres confrères, il mettra un amour propre bien justifié à déterminer à l'avance un diagnostic précis, afin de prouver à ses collègues *qu'il ne s'est pas trompé.*

Chaque nouvelle opération est ainsi pour le chirurgien, non seulement un exercice de manuel opératoire, mais un exercice de diagnostic.

Comment arriver à ne pas se tromper ? Par cette habitude bien simple, de ne jamais rien affirmer, qui ne soit indiscutable.

Lorsque vous examinez un cas difficile, les données de l'exploration permettent de préciser certains points d'une manière certaine. Vous reconnaîtrez au palper une tumeur de l'estomac, un kyste ovarien. Mais vous ne pourrez donner qu'un avis approximatif sur l'étendue de la tumeur gastrique, sur le contenu du kyste ovarien et sur ses adhérences possibles.

Lorsque, avant de prendre le bistouri, vous énoncerez aux médecins présents le diagnostic du cas, vous devrez donc indiquer en premier lieu les *points certains et indiscutables*, et en second lieu les *points incertains*, dont la solution ne pourra être obtenue que pendant l'opération, après la découverte de la tumeur.

Les incertitudes de détail diminueront pour chaque cas, à mesure que chaque chirurgien acquerrera une plus grande expé-

rience des cas difficiles. C'est ainsi que les plus habiles deviennent capables d'affirmer, sans crainte d'être désavoués au cours de l'opération, des diagnostics très délicats, et qui ne sont possibles que pour des esprits dont une longue pratique a aiguisé la perspicacité.

L'opération; conduite à tenir dans les cas d'urgence.

Le diagnostic établi, il s'agit de déterminer l'indication opératoire et la date la plus favorable pour l'intervention.

C'est ici que commence le rôle véritablement actif du chirurgien, puisqu'il s'agit de faire accepter l'opération par le malade, par son entourage, et de provoquer une décision dont peut dépendre la vie du patient.

Avant d'aborder le rôle du chirurgien lorsqu'il expose au malade et à la famille les arguments de nature à faire accepter l'opération, nous avons à envisager les différents cas pathologiques qui peuvent se présenter et à déterminer quelles sont les circonstances susceptibles de hâter l'opération ou de la rendre immédiate.

La discussion n'est pas possible en présence d'une hémorragie grave : le moindre délai peut être mortel. La personne la plus proche doit se précipiter vers le blessé si le sang coule à flots : il faut comprimer directement la région, faute de mieux, avec un mouchoir propre ou une serviette nouvellement blanchie. Il est alors facile, s'il s'agit d'une plaie des membres, de faire une ligature en garrot ou bien une ligature élastique entre le tronc et la plaie, puis de couvrir celle-ci d'un pansement antiseptique jusqu'à l'arrivée d'un médecin. Un de mes confrères a vu ainsi succomber en quelques minutes un chasseur imprudent dont un sanglier furieux venait de déchirer d'un coup de boutoir l'artère fémorale au pli de l'aine. Il n'eut que le temps d'accourir : le blessé expirait entre ses bras. De telles hémorragies sont au-dessus pes ressources de l'art ; mais le plus souvent il s'agit de la blessure d'un vaisseau de plus petit calibre. Je puis néanmoins citer un cas de plaie d'une artère du poignet, qui a été suivie de la mort du blessé, il y a quelques mois, en plein Paris, sans qu'on ait trouvé quelqu'un pour

arrêter le sang. Il était cependant bien facile de faire une ligature en garrot à la partie supérieure du bras : en effet, toute ligature sur l'avant-bras est inefficace, l'écartement des deux os empêchant la compression circulaire de s'établir uniformément.

Le même accident est arrivé à la suite d'une blessure de la jambe à bout portant par un fusil de chasse : un médecin blasonné, non des moins considérables par le poids, sinon par l'expérience, et qui était l'amphitryon, n'a pas su arrêter l'écoulement sanguin. Le blessé, transporté péniblement de la forêt au château, puis du château à un hôpital régional, distant de quelques kilomètres, succomba le soir même après une amputation de cuisse qui ne fit qu'aggraver le cas. Lorsque le blessé n'a pas succombé à une hémorragie foudroyante, il est le plus souvent possible de le sauver, à condition d'arrêter l'hémorragie immédiate soit par la compression directe, soit par la ligature de la racine du membre. On a alors tout le temps nécessaire pour faire venir un chirurgien compétent avec le matériel opératoire indispensable.

Dans de tels cas il n'y a même pas à

discuter, car le malade et son entourage réclament l'opération comme la seule chance de salut. Mais il n'en est pas toujours ainsi et les accidents qui peuvent exiger des opérations d'urgence sont très variés.

Si nous exceptons en effet les seuls cas sus-mentionnés d'hémorragie grave, l'urgence de l'intervention n'apparaît pas toujours d'une manière évidente et il est très délicat de déterminer exactement le moment où l'opération présentera le plus de chances de succès.

L'incertitude est souvent très grande, par exemple, en présence d'un blessé atteint d'un coup de couteau ou d'une balle de revolver dans l'abdomen. Le pouls demeure assez satisfaisant, il n'y a pas de signes immédiats d'une hémorragie interne et cependant la péritonite septique est menaçante. Le blessé peut se maintenir dans un état assez satisfaisant pendant 8 ou 10 jours. Tout à coup, la péritonite se déclare et l'emporte en 24 heures. Cependant on a publié de ces cas qui ont guéri sans opération. On conçoit buel peut être l'embarras d'un médecin

peu accoutumé aux interventoins de la grande chirurgie Son rôle immédiat sera d'étendre le blessé avec précaution, de lui couvrir le ventre de glace et de le morphiniser, pour obtenir le calme le plus absolu et l'immobilité de l'intestin. Mais il est évident que l'opération, si elle doit être faite, devra être confiée à un chirurgien d'une grande habileté et d'une expérience reconnue.

S'il est possible de faire venir dans les 12 ou 24 premières heures un chirurgien remplissant ces conditions, *l'opération* sera la meilleure chance de salut parce qu'en aucun cas elle n'aggravera l'état du blessé. N'y aurait-il qu'un léger épanchement sanguin dans le péritoine, sans perforation de l'intestin, l'opération évitera les dangers d'une péritonite. S'il existe des perforations intestinales, elle est la seule chance de salut.

Pour les plaies de tête et du thorax, au contraire, la temporisation est le plus souvent la meilleure ligne de conduite, si l'on n'observe pas les signes d'une hémorragie grave. En effet, combien de projectiles demeurent inoffensifs dans la cavité

crânienne ou thoracique, en des régions où, malgré les secours si précieux des Rayons X, il serait à peu près impossible de les atteindre sans danger.

Dans ces cas, le médecin peut avoir à lutter contre l'impatience de l'entourage du blessé, qui croit que l'opération serait le salut immédiat. On conçoit en pareille occurence la supériorité d'un praticien froid et expérimenté, dont l'autorité saura imposer la ligne de conduite la plus profitable au blessé. Le chirurgien le plus expert, me direz-vous, ne doit-il pas hésiter dans de telles circonstances ? J'estime qu'il n'hésitera jamais s'il suit cette seule et unique règle, de *traiter le blessé* comme s'il s'agissait *d'un des siens.*

Les opérations d'urgence comprennent bien d'autres cas que ceux de traumatisme. Certaines maladies, d'une évolution relativement lente, finissent par rentrer dans la catégorie des cas d'urgence, par exemple, lorsqu'on a laissé apparaître des symptômes graves et susceptibles de compromettre immédiatement la vie du malade. Nous pouvons citer la pleurésie purulente : appelé un jour d'urgence auprès

d'un jeune homme que je connaissais, et qui avait été ponctionné pour une pleurésie purulente, je trouve au bas de l'escalier une personne angoissée qui me dit : « vite! il va mourir. » Je monte en courant les cinq étages, mon sac d'instruments à la main , j'arrive près du moribond, qui, la face et les extrémités violacées, était déjà sans connaissance. Je saisis un bistouri, j'incise la peau, je plonge entre deux côtes des ciseaux fermés, que j'entr'ouvre pour agrandir l'incision : trois litres de pus s'échappent, le malade se remet petit à petit et guérit en quelques semaines.

Une autre fois, il s'agissait d'une malade atteinte de tumeur végétante de l'ovaire avec ascite considérable et qu'on amène mourante à la clinique. J'étais à mon laboratoire : je descends à un appel pressant : la respiration venait de cesser, et la pupille se dilatait. Je place la malade dans l'ascenseur, sur un lit roulant, on la pousse à la hâte dans la salle d'opérations, et d'un seul coup j'incise l'abdomen pour évacuer le liquide. Au bout de cinq minutes de respiration artificielle, cette femme était ranimée. Elle fut opérée complètement

quelques jours après et quitta la clinique sans se douter qu'elle y avait été apportée dans l'état de mort apparente.

La décision, en pareil cas, doit être prompte : la vie du malade dépend du premier coup d'œil du chirurgien et l'intervention qui s'impose doit être immédiate.

Des ordres brefs, pas de gestes inutiles : l'acte indispensable, et la situation est sauvée. C'est en pareil cas que l'on peut dire : « le temps c'est la vie ».

Mais les cas les plus difficiles et les plus ambigus peut-être sont ceux de péritonite, quelle qu'en soit la cause. En effet, on a pris l'habitude dans le public, de discuter *appendicite ;* beaucoup de personnes ignorent qu'il existe de nombreuses variétés de péritonites spontanées, justiciables ou non de la chirurgie, et d'un diagnostic plus difficile encore que l'appendicite.

L'indication opératoire est parfois bien délicate à déterminer et si le chirurgien veut suivre le précepte : « fais à autrui ce que tu voudrais qu'on te fit » il est souvent bien perplexe. C'est qu'en pareille occurence le rôle essentiel du médecin

est plus que jamais de « venir en aide à la nature » et « de ne pas contrarier son effort salutaire. » Ce rôle est difficile à remplir. A quel moment en effet peut-on déterminer que l'effort curatif de l'organisme est épuisé et qu'il est urgent de lui apporter les secours de la chirurgie ? Il faut analyser avec soin tous les symptômes observés et juger si la situation est en voie d'aggravation rapide. Un chirurgien très expérimenté ne se trompera pas, et portera un diagnostic précis. S'il juge utile d'opérer, il trouvera à coup sûr les lésions prévues, à un degré plus ou moins accentué. Dans l'appendicite suraiguë l'angoisse du début de la perforation, la cyanose du patient, la rétraction du ventre en bateau, la fréquence du pouls, qui est filiforme et péritonéal, sont caractéristiques. Je n'ai jamais vu un seul cas où ces symptômes du début de la péritonite par perforation m'aient trompé et j'ai trouvé sans exception l'appendice sphacélé ou perforé. Deux fois j'ai eu la bonne chance d'opérer dès le début du sphacèle et avant la rupture de l'abcès septique dans le péritoine. Chez ces malades, un

retard de 12 ou de 24 heures aurait pu leur coûter la vie.

On conçoit quelle est la responsabilité du chirurgien qui est appelé à prendre de grandes décisions et à dire au malade et à sa famille : « il faut opérer immédiatement. »

Ce sont les opérations mal faites qui ont fait critiquer la chirurgie. On s'est trop habitué à considérer dans le public que l'opération de l'appendicite était inoffensive. Beaucoup de personnes ont confié leur vie ou celle de leurs enfants à des opérateurs sans expérience et dépourvus des qualités primordiales de tout chirurgien digne de ce nom. On a opéré à tort et à travers, sans diagnostic précis. On a enlevé l'appendice à des malades atteints de fièvre typhoïde, à des femmes atteintes d'entérite, à des enfants qui souffraient de vers intestinaux. J'ai déjà cité un de ces exemples : le fils d'un de nos grands romanciers devait être opéré le lendemain matin, car un spécialiste de l'appendicite avait déclaré le cas urgent. Le père vint me consulter; l'enfant présentait tous les symptômes bien connus des vers intestinaux.

L'opération fut différée et l'enfant guérit à la suite de l'administration d'un vermifuge. Je puis poser ce principe qu'une opération d'appendicite bien faite n'a jamais aggravé l'état du patient. Si beaucoup de médecins sont arrivés à déconseiller l'opération dite « à chaud » et à temporiser outre mesure, c'est qu'ils ont été effrayés par des insuccès qui doivent être mis presque sans exception sur le compte de l'inexpérience de l'opérateur.

La péritonite aiguë, soit appendiculaire, soit d'autre origine, est facile à diagnostiquer pour un chirurgien expérimenté.

L'indication opératoire est urgente dès que l'on a constaté qu'il n'y a aucune rémission dans les symptômes et que l'inflammation tend à se généraliser.

Le chirurgien sûr de son diagnostic et de son habileté manuelle sauvera, dans les cas difficiles, tous les malades qui lui seront confiés à temps.

Les grandes discussions académiques ne prouveront jamais rien, sinon le désaccord entre les grands pontifes qui parfois, à quelques mois d'intervalle, développèrent deux thèses diamétralement opposées.

Ces discussions à grand orchestre seraient à peu près acceptables si elles ne jetaient pas le désarroi dans l'esprit du public extra-médical. Ne vous y trompez pas : elles ne servent qu'à rappeler aux profanes que le professeur N... et le professeur Z... sont des membres éminents d'une docte société, que leurs galons les recommandent à la confiance des malades et de leurs familles.

Si l'on réfléchit quelques instants, on comprendra qu'il soit sans intérêt de discuter sur les avantages de l'opération ou de la temporisation, envisagées en général.

Chaque malade représente un cas particulier : il faut donc savoir appeler à temps, à son chevet, un chirurgien connu par son expérience clinique, par sa décision et son habileté. L'urgence de l'opération peut également s'imposer parce que l'on a trop temporisé et que des accidents graves sont imminents.

Lorsqu'il y a urgence absolue, il est en général assez facile de faire accepter l'opération ; si le malade et son entourage ne sont pas assez instruits pour comprendre

exactement le cas, il suffit de leur dire : « Il y a un abcès qui va s'ouvrir dans l'intérieur », en laissant entendre à la famille que la temporisation peut entraîner la mort.

Les cas d'opérations urgentes sont heureusement les moins fréquents. Le plus souvent, il n'est pas nécessaire d'agir avant plusieurs jours ou plusieurs semaines.

L'opération doit-elle se faire à domicile ou dans une maison de santé ?

Le choix de l'endroit où aura lieu l'opération est très important. En règle générale une opération, si bénigne soit-elle, ne sera jamais faite avec autant de perfection au domicile du malade que dans une salle d'opérations spécialement aménagée, où toutes les précautions antiseptiques sont facilement prises, où le chirurgien dispose de tous les instruments et de tous les accessoires nécessaires.

S'agit-il d'une petite intervention, le malade pourra être reconduit aussitôt après à son domicile ; si l'opération est grave,

il séjournera dans la maison de santé pendant tout le temps indispensable.

Il est vrai que bien des personnes préfèrent subir certaines opérations à leur domicile parce que beaucoup de maisons de santé sont mal installées et que 'opération n'y est pas pratiquée dans des conditions plus favorables qu'au domicile du malade.

Inconvénients des maisons de santé ouvertes à plusieurs chirurgiens à la fois.

En effet, quelles garanties présente une opération grave, si elle est pratiquée dans une de ces maisons de santé où la salle d'opérations et commune à plusieurs chirurgiens, qui l'occupent l'un après l'autre et n'ont ni les mêmes méthodes ni les mêmes habitudes.

Quelle est, d'autre part la sécurité des malades qui se trouvent ainsi soignés par des infirmiers et des infirmières habitués à obéir à plusieurs chirurgiens à la fois. Ces infirmiers et ces garde-malades, en présence des contradictions qu'ils relèvent

entre les diverses méthodes de traitement, n'agissent plus qu'à leur guise.

Le chirurgien fait ainsi l'opération, puis il abandonne effectivement son malade, puisque ses deux visites journalières ne peuvent assurer au patient aucune sécurité pour la direction des soins consécutifs. S'il y a un médecin ou un élève de garde, cet élève ou ce médecin de garde, qui dépend de la direction de la maison de santé, doit obéir à la fois à des chirurgiens qui soignent leurs opérés d'après des méthodes différentes. Il se trouvera, en présence de certaines complications, dans l'embarras et dans l'incertitude et pourra prendre, en l'absence du chirurgien, des décisions nuisibles et contraires à celles qu'auraient dictées le maître.

Si nous envisageons tout ce qui concerne non plus l'opération elle-même et les soins consécutifs à donner à l'opéré, mais les examens spéciaux et les analyses journellement nécessités par le traitement des malades, les chirurgiens trop nombreux qui manquent des connaissances indispensables dans les autres branches de la médecine, sont tributaires de toute une série de laboratoires

de chimie, de bactériologie, d'histologie, de radothérapie, où tous ces examens et analyses sont faits par des personnes différentes, n'ayant aucun contact avec le malade.

Le chirurgien lui-même, qui passe une partie de sa journée en voiture ou en automobile, est obligé de visiter ses malades à la hâte et de les abandonner à une surveillance étrangère. Le matin, il lui faut courir à son service d'hôpital, puis à la maison de santé de son choix, à moins qu'il n'en ait deux, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Si l'on songe que de là il ira faire encore plusieurs visites à domicile, pour rentrer déjeuner et passer une partie de l'après-midi à sa consultation ou bien remplir les fonctions d'examinateur à la Faculté, et qu'il lui faudra faire de nouveau le tour des maisons de santé et des malades soignés à domicile, on comprend que ce surmenage physique et matériel ne laisse à aucun d'eux le temps de se livrer à des recherches scientifiques ou bien des travaux de laboratoire.

Nous devons conclure qu'une maison de santé chirurgicale ouverte à plusieurs chirurgiens et qui ne possède pas tous les

services scientifiques nécessaires est très inférieure à un mauvais service hospitalier.

Chaque chirurgien n'a-t-il pas ses instruments de prédilection, sa méthode de choix ? que feront ces infirmiers et ces infimières obligés de préparer tantôt un objet, tantôt un autre, de traiter des cas en apparence identiques par des méthodes différentes ?

Ils en arriveront par la force des choses à préférer tel ou tel chirurgien, soit parce qu'il a plus d'égards pour eux, soit parce que la mortalité de ses opérations est moins considérable que celle des opérations de ses collègues, et ce sont les malades en traitement qui pâtiront de toutes ces incohérences, de ce défaut d'unité et de direction.

Supériorité des Instituts chirurgicaux de l'étranger et nécessité de l'adjonction de tous les services scientifiques accessoires.

La seule organisation véritablement pratique est celle qu'il est facile de copier sur les grandes institutions privées de l'étranger. Chacun de ces grands instituts est sous

la direction d'un seul chirurgien, qui est le maître chez lui, qui choisit à son gré ses assistants et tout le personnel de l'établissement.

Cette unité de direction permet de réunir à la fois pour les malades traités dans ces instituts les avantages des services hospitaliers les mieux organisés et tout le confort des maisons de santé. On y trouve des laboratoires d'histologie, de bactériologie, de chimie, de radiographie, qui sont d'autant mieux dirigés par des aides compétents que le maître lui-même possède des connaissances scientifiques très étendues. On conçoit quels avantages et quelle sécurité présentent pour les malades de tels établissements.

Etudions ce qui se passe dans ces instituts à l'arrivée de chaque nouveau malade.

Une personne se présente à la consultation. L'interrogatoire du malade terminé, le chirurgien le fait entrer dans un cabinet d'examen, où il pratique le palper, l'auscultation et toutes les explorations nécessaires.

D'autres salles sont destinées à l'exploration gynécologique, aux examens spé-

ciaux que comportent les affections des yeux, des oreilles, du nez et du larynx. Un assistant est chargé de pratiquer immédiatement l'analyse sommaire et qualitative des liquides normaux de l'économie, et le malade est dirigé, s'il y a une indication spéciale, sur le service de radiographie, où les clichés nécessaires sont faits sous la direction du chef de service lui-même. S'agit-il de pratiquer un examen bactériologique, une biopsie, c'est-à-dire de prélever un petit fragment de tissus morbides pour faire un diagnostic histologique, l'assistant chargé du service des opérations est averti et prépare tout ce qui est nécessaire pour l'anesthésie locale.

Le cabinet du chirurgien est le plus souvent séparé de la maison de santé et celle-ci des services scientifiques accessoires

Il en est tout autrement dans lc cabinet privé d'un chirurgien. Celui-ci, après un premier examen du malade, presque toujours incomplet et insuffisant, sera obligé

de s'adresser soit pour l'analyse des liquides à examiner, soit pour certains examens spéciaux concernant par exemple les organes des sens, soit pour la radiographie, pour une analyse bactériologique ou histologique, à autant de spécialistes ou de laboratoires différents, disséminés dans des quartiers plus ou moins éloignés. Toutes ces analyses et tous ces examens divers, qui concernent un seul et même malade, seront pratiqués sans être coordonnés les uns avec les autres. Il faudra trois ou quatre jours au moins pour réunir les résultats des différents examens et analyses, et lorsqu'il s'agira de les comparer pour en tirer des conclusions au point de vue du diagnostic et du pronostic, il manquera probablement au chirurgien la plupart des indications indispensables.

Il faut profiter en France des leçons de l'étranger.

Ces particularités m'ont frappé dès mon premier voyage en Allemagne en 1883, où j'ai notamment admiré l'organisation remarquable de la clinique du professeur

Czerny, d'Heidelberg, qui avait su grouper autour de lui tous les services scientifiques qui pouvaient lui être utiles. J'ai appris bien vite auprès du maître qu'un grand chirurgien pouvait et devait posséder les connaissances les plus variées dans toutes les branches principales et accessoires de la science médicale, et c'est sur le modèle des grandes cliniques allemandes que j'ai installé, en y apportant les perfectionnements qui me semblaient nécessaires, mon institut privé de Reims, puis celui de Paris.

Il est incontestablc que pour établir vite, dans les cas chirurgicaux difficiles, un diagnostic précis, le chirurgien doit posséder des connaissances étendues non seulement en médecine générale et dans toutes les branches de la chirurgie spéciale, mais aussi en chimie, en histologie, en bactériologie, qu'il doit savoir manier lui-même les appareils d'exploration les plus délicats.

Fixation de la date de l'intervention.

Nous avons vu qu'il est des cas où l'opération doit être immédiate. Mais il n'en

est pas toujours ainsi, et le plus souvent on a tout le temps de choisir le moment le plus favorable. S'agit-il d'une opération gynécologique, on évitera la congestion cataméniale; si le malade se trouve surmené ou fatigué par un voyage récent, on prescrira un traitement réconfortant plus ou moins long.

Inconvénients d'une temporisation exagérée.

Certaines personnes, après avoir admis en principe la nécessité de l'opération, cherchent par une sorte de crainte irraisonnée à en reculer la date à une époque assez éloignée. Le chirurgien doit s'efforcer de leur faire comprendre qu'il peut y avoir un certain danger à trop temporiser, parce que l'évolution de la tumeur ou de l'affection qui réclame l'opération est susceptible de déterminer une aggravation regrettable.

Lorsque l'opération est acceptée, il y a un grand avantage pour le malade à ce qu'elle soit faite dans un délai très court,

de quelques jours, d'une ou deux semaines au plus. Une attente prolongée expose beaucoup de personnes à tomber dans un état névropathique très tenace et à envisager bientôt avec terreur l'intervention qui, de prime abord, avait été considérée comme le salut immédiat. Combien de personnes disent : « Docteur, c'est entendu, je me ferai opérer, mais un peu plus tard ; je pars pour le Midi, ou bien pour la Suisse, pour l'Italie, pour les bains de mer. »

Il est presque toujours facile de faire revenir le malade sur cette décision pusillanime, en lui disant : « Vous perdrez ainsi un ou plusieurs mois, votre cas va s'aggraver et quand vous voudrez vous faire opérer, il vous faudra encore, pour la convalescence, prendre plusieurs semaines de repos. Vous avez donc tout intérêt à être opéré tout de suite : vous serez, après votre villégiature, complètement rétabli; vous vous épargnez aussi le tourment de penser pendant plusieurs semaines à cet imprévu qu'est toute opération. »

Les cas les plus délicats sont ceux où il s'agit d'une affection susceptible d'em-

pirer très rapidement et qui, momentanément ne se manifeste par aucun symptôme de nature à faire soupçonner au malade la gravité de son état. Le meilleur moyen de faire accepter l'opération immédiate en pareil cas, est d'exposer à l'intéressé que l'affection dont il souffre pourrait prendre à un moment donné les caractères d'une affection de mauvaise nature, et que le moment de cette transformation, qui peut être très proche, ne se manifestera par aucun signe appréciable. On ajoutera que, si l'on tarde plusieurs semaines, l'aggravation peut être considérable et qu'il est impossible d'en prévoir les conséquences.

Ce raisonnement est d'ailleurs très exact et presque toutes les tumeurs malignes débutent par une lésion locale. Cette lésion, pendant un certain laps de temps, peut être guérie par une intervention appropriée. Mais toute tumeur, serait-elle primitivement une tumeur bénigne, est capable de se transformer à un moment donné, et sous des influences inconnues, en tumeur maligne. S'agit-il d'une petite tumeur présentant déjà un caractère

malin, il est impossible d'apprécier le degré d'infection des voies lymphatiques, qui précède de plus ou moins loin la généralisation. En pareil cas, uu retard de quelques semaines peut être suivi de conséquences irrémédiables.

L'incertitude de bien des malades est cependant très justifiée, si l'on songe que bien peu d'entre eux ont la bonne fortune de s'adresser à des hommes à la fois compétents et consciencieux, capables de donner à chacun de leurs malades l'avis qu'ils donneraient à un de leurs proches. « Pourquoi voulez-vous opérer immédiatement cette cataracte, » disait un jour devant moi un de mes collègues à un oculiste. Elle n'est pas encore mûre. « A Paris, répondit le spécialiste, nous n'attendons plus qu'une cataracte mûrisse. On prend le malade quand il se présente, car, si on le laisse échapper, on est sûr de ne plus le revoir ».

« Comment, ma chère amie, écrivait nne dame à une de ses proches, vous êtes opérée et vous ne m'en avez pas avertie ?... » — « Voici, ma chérie, ce qui est arrivé : je suis allée consulter le Dr X..., qui avait opéré N..., la grande artiste.

Il m'a fait étendre sur un lit d'examen. Je ne savais pas bien ce qu'il me faisait. Tout à coup, je pousse un cri aigu : Docteur, vous me blessez, vous me faites mal. »

« Ce n'est rien, répond le Dr X..., je vous ai fait un petit curetage pour me rendre compte de votre cas ; je vais faire venir une ambulance qui vous transportera dans ma maison de santé et je vous opérerai. » C'est la carte forcée; cette petite comédie s'est répétée bien des fois.

Dans un autre cas, c'est le conducteur de la voiture d'ambulances, qui, pour un bon pourboire, conduit la malade dans une autre maison de santé que celle où elle était attendue. On installe la nouvelle venue et le tour est joué. Ailleurs, c'est une garde-malade fidèle qu'on place au chevet d'une malade avec mission de semer l'incertitude et le doute dans l'esprit de la malheureuse et de lui faire renoncer au chirurgien déjà accepté par elle, qui sera adroitement évincé. Ces anecdotes semblent monstrueuses ; il serait cependant si facile d'ajouter les noms et les dates !

Le savoir le cède ainsi bien souvent au

savoir-faire et à l'intrigue. Il est si humain, lorsqu'on ne peut sortir de la médiocrité qu'en recherchant places et honneurs, de poursuivre le succès par tous les moyens, et rien n'égale la satisfaction de ces arrivistes lorsqu'ils se complaisent à la servilité des jeunes élèves qui briguent leur influence. Le maître se fait offrir banquets et plaquettes commémoratives et toute cette vanité s'évanouit sans lendemain le jour où vient à mourir le pseudo grand homme, dont on ne chantait les éloges que tant qu'on pouvait tirer de lui quelque profit.

Une anecdote viendra terminer ce chapitre. On se souvient qu'au moment d'une campagne diffamatoire lancée le même jour par un étranger dans plusieurs journaux, il fut question d'un certificat donné par le doyen d'une Faculté de médecine, qui aurait affirmé que la malade soumise à son examen était incurable.

Il est déjà assez plaisant de voir le doyen d'une Faculté de médecine, qui se trouve à la tête du mouvement scientifique médical, déclarer une maladie incurable en un siècle si riche en découvertes inattendues. Mais le point le plus suggestif est que l'au-

teur du certificat était allé examiner la malade à son domicile, en dehors de la présence du médecin dont il critiquait le traitement. Il avait ainsi violé les règles de la déontologie médicale, dont il se trouve par sa situation officielle le défenseur et l'arbitre.

Il est vrai qu'il y a tant d'hommes en apparence très décidés et qui ne savent tenir tête à aucun contradicteur.

Ce personnage, si énergique et si autoritaire lorsqu'il n'a personne pour lui répondre, vient de commettre la même incorrection déontologique dans une autre circonstance. Un malade, atteint d'une affection grave et complexe qui avait nécessité plusieurs ponctions exploratrices, était soigné par deux confrères et un de leurs assistants.

Le même doyen de la même Faculté est demandé par la famille avec un chirurgien de ses collègues, pour décider s'il y a lieu d'opérer. « Un tel, dit-il, je ne veux pas le voir, je n'accepte pas de consultation avec lui. »

Le confrère visé par l'ombrageux doyen, dont on venait de lui dire la réponse, se

contenta de sourire en pensant : « Je vais lui donner une leçon. » Il écrivit la lettre suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens d'apprendre que vous refusez de venir en consultation auprès de M. X., si je suis présent. Comme je ne veux pas priver le malade de vos lumières, je vous laisse la responsabilité de ce manquement à toutes les règles déontologiques de la profession médicale et je me retire volontiers devant vous.

Naturellement cet homme considérable, qui paraît avoir oublié la médecine depuis qu'il a assumé la lourde charge d'administrer une Faculté, a conclu contre l'opération immédiate, qui seule pouvait sauver le malade.

Psychologie du malade aux approches de l'opération.

L'opération a lieu parfois au domicile du patient, le plus souvent dans une maison

de santé. Nous allons envisager les deux cas et étudier l'état psychologique du malade, suivant qu'il se trouve dans son milieu habituel ou qu'il a consenti à se rendre dans un établissement spécial.

Les opérations chirurgicales ne se font guère chez le malade que dans ces cas particuliers, lorsque l'opération est sans gravité, par exemple, et n'exige pas une installation spéciale : ablation d'une loupe, d'un ongle incarné, incision d'abcès. Une telle opération peut être faite dans n'importe quelle pièce, de préférence dans une chambre bien éclairée, exposée au Nord-Est ou à l'Est. L'éclairage varie beaucoup suivant l'exposition et les dimensions des baies vitrées, suivant le temps, l'heure et la saison.

Le matériel nécessaire pour ces petites opérations est facile à préparer. Une cruche d'eau bouillie encore chaude et une cruche d'eau bouillie refroidie, qui seront recouvertes, à défaut de couvercle, avec une serviette nouvellement blanchie ; une douzaine de serviettes de toile, deux cuvettes de porcelaine, du savon, un cure-ongles, des brosses à mains. Comme matériel

antiseptique, un litre de solution de sublimé au millième, 100 grammes d'éther, des compresses de gaze stérilisée, des bandes de gaze, du sparadrap Vigier.

Le chirurgien apporte de son côté, dans une boîte stérilisée, les instruments, les fils pour les ligatures et les sutures.

L'anesthésie sera le plus souvent, pour ces petites interventions, l'anesthésie locale à la cocaïne. La pulvérisation au chlorure d'éthyle ne suffit que pour les incisions superficielles. L'anesthésie locale avec la cocaïne ou ses succédanés permet de faire sans aucune douleur, lorsqu'on emploie une bonne technique, un certain nombre de petites opérations. Nous étudierons plus loin la question de l'anesthésie locale et de l'anesthésie générale.

Les petites opérations peuvent seules se faire à domicile.

Les petites opérations sans gravité que nous avons en vue et qui se font souvent à domicile sont généralement acceptées par le patient et par son entourage sans

crainte et sans appréhension, de telle manière que tout se passe le plus simplement du monde. On prépare les objets dont le chirurgien a donné la liste, et le malade attend l'heure fixée, soit dans son lit, soit dans un fauteuil. Si l'opération doit avoir lieu sur la tête, sur la main (ablation d'une loupe, d'un kyste synovial), lorsque le chirurgien arrive avec son aide, le malade se prête de lui-même aux petits soins préparatoires, à la toilette de la région, puis à l'anesthésie locale. Il sera d'autant plus patient que le chirurgien saura tout préparer méthodiquement, sans se hâter, avec quelques paroles d'encouragement : « Soyez tranquille, vous ne sentirez rien, mais il faut laisser à la cocaïne le temps d'agir ». Comme les yeux du patient sont rarement tournés vers le champ opératoire, il arrive le plus souvent que l'opération est terminée, — par exemple une incision d'abcès, — ou bien à peu près terminée lorsqu'il s'aperçoit qu'elle est commencée. Il n'y a généralement aucune hémorragie appréciable et il suffit d'un petit pansement qui n'empêchera pas, dans certains cas, le malade de vaquer à ses occupations, après

le repos de quelques heures nécessité par l'action générale de la cocaïne.

Dans certains cas, même pour les petites interventions, l'anesthésie générale est préférable à l'anesthésie locale. Elle sera faite avec le chlorure d'éthyle pur ou kélène, qui anesthésie le patient en 20 ou 30 secondes, sans suffocation, sans malaise et sans danger. L'anesthésie générale est cependant plus redoutée que l'anesthésie locale et il est bien rare que le patient ou son entourage n'éprouvent pas quelque appréhension. « Etes-vous sûr de le réveiller, docteur ? » Il est facile de rassurer les personnes pusillanimes en leur faisant respirer dans un mouchoir épinglé en forme de cornet quelques grammes de chlorure d'éthyle pur : l'inhalation de ces vapeurs ne provoque aucune sensation pénible et si l'on en absorbe rapidement quelques larges bouffées, on remarque que les phénomènes d'anesthésie s'accentuent après qu'on a cessé l'inhalation. Ces quelques secondes d'intervalle entre le moment de l'inhalation du kélène et la sensation d'engourdissement cérébral, accompagnée de tintement d'oreilles, correspondent au

laps de temps nécessaire pour que le sang des capillaires du poumon vienne traverser le cœur gauche et atteindre les centres nerveux. Le réveil de l'anesthésie au chlorure d'éthyle est presque instantané et ne comporte aucun malaise durable.

Dans certains cas, il faut opérer chez le malade parce qu'il n'est pas transportable.

La seconde catégorie d'opérations qui se font assez souvent au domicile du malade correspond aux cas où le malade, gravement atteint, n'est plus transportable. Il s'agit alors d'opérations dangereuses, non par elles-mêmes, mais parce qu'on n'a pas su intervenir assez à temps. Il faut agir vite et toute temporisation peut être fatale. Le plus souvent le malade, qui sent son existence menacée, accepte le principe de l'intervention comme une chance de salut, et la famille, qui sait le cas urgent et presque désespéré, ne fait aucune objection. Le malade et son entourage perdent en quelque sorte, par

suite de la brutalité des accidents, toute personnalité et se résignent à l'opération comme à un événement inéluctable.

J'ai opéré dans ces conditions, à domicile, des péritonites par perforation de l'appendice, des grossesses extra-utérines rompues dans le péritoine, des plaies par instrument piquant, par coups de feu, des pleurésies purulentes à la période de suffocation. J'ai déjà cité à propos des cas d'urgence combien il pouvait être utile de se hâter pour devancer la venue du moment fatal.

Lorsque l'opération ne consiste que dans l'ouverture d'un foyer suppuré, elle est relativement assez simple et ne nécessite pas une installation spéciale. Une certaine quantité d'eau bouillie chaude et refroidie, des cuvettes propres, du linge nouvellement blanchi, des alèses, des savons, des cure-ongles et des brosses à mains, puis comme matériel antiseptique, quelques litres de sublimé au millième, de l'éther et des compresses de gaze stérilisée, suffisent le plus souvent. Comme anesthésique : du chlorure d'éthyle pur et du chloroforme. Le chirurgien apporte dans des boîtes stérilisées ses

instruments et les accessoires pour les ligatures et les sutures.

Mais il n'en est pas de même dans les cas de grossesse extra-utérine rompue, dans les plaies du crâne, du thorax ou de l'intestin par armes à feu.

Il m'est arrivé d'être obligé d'opérer de ces cas dans une chambre d'hôtel, dans un appartement au 5e ou au 6e étage, avec un éclairage insuffisant et sans installation appropriée. Il faut alors décider si le *transport du malade* est réellement impossible et s'il court moins de risques en étant opéré sur place, dans des conditions relativement défavorables, qu'en subissant la fatigue d'un transport susceptible d'aggraver considérablement son état.

Cette question du transport du malade est parfois très difficile à résoudre dans le sens le plus favorable à sa guérison. Heureusement, dans les grands centres, les moyens de transport des malades et des blessés se sont tellement améliorés que le nombre des opérations d'urgence faites à domicile et dans des conditions défectueuses diminue de jour en jour. Le malade est placé de son lit sur un brancard méca-

nique, sans la moindre secousse, et le brancard est glissé dans une voiture à roues pneumatiques, qui permet de le transporter dans une maison de santé sans le moindre danger d'aggraver le cas. Les ambulances automobiles peuvent ainsi transporter des malades atteints d'affections chirurgicales graves à une assez grande distance et en très peu de temps. Dès l'arrivée à la maison de santé, le brancard est placé dans l'ascenseur et le malade se trouve dans ce nouveau milieu sans avoir eu à supporter ni secousses ni fatigue.

Dans une ville comme Paris il n'est donc nécessaire d'opérer les cas d'urgence à domicile que lorsqu'il y a *urgence absolue* et que le malade n'est pas transportable, par exemple dans les cas *d'hémorragie interne* ou de *suffocation imminente.* J'ai déjà cité de ces derniers cas. Les hémorragies internes peuvent déterminer un danger presque immédiat. Un jour, j'étais appelé auprès d'une jeune femme habitant au sixième étage et atteinte d'hémorragie péritonéale par rupture d'une grossesse extra-utérine : le cas étant urgent, j'avais pris tout le matériel nécessaire et j'étais

accompagné de deux aides : la malade était exsangue et n'avait presque plus de pouls. Nous avons été obligés de faire la laparotomie sur le lit très bas où se trouvait la malade, et d'opérer à genoux, mes aides à demi étendus sur le lit, qui était trop large. Il y avait plus de deux litres de caillots et de sang liquide dans le ventre, et la grossesse était une grossesse du segment utérin de la trompe, la variété la plus rare, mais aussi celle où l'hémostase est le plus difficile à réaliser. Malgré ces conditions éminemment défavorables, j'ai eu la bonne fortune de guérir cette femme aussi vite que si j'avais pu l'opérer à ma clinique. Mais ces cas sont heureusement exceptionnels et il serait impossible de répéter souvent de telles opérations sans avoir à enregistrer une proportion assez considérable d'insuccès.

L'opération se fait parfois à domicile pour satisfaire à une fantaisie du malade.

Nous ne devons pas omettre une dernière catégorie d'opérations à *domicile,*

que nous pouvons ranger parmi les opérations de *complaisance*, si je puis m'exprimer ainsi, en employant un terme déjà consacré par l'usage.

Je veux dire des *opérations* qui ne sont faites à domicile que pour satisfaire la *fantaisie* ou la *pusillanimité* exagérée du patient.

Ces opérations ne doivent pas être consenties par le chirurgien sans une certaine résistance.

En effet, bien des opérations que nous pratiquons journellement dans une maison de santé bien organisée et sans aucune préoccupation de détails, ne peuvent pas être faites à domicile dans des conditions aussi favorables. S'il s'agit d'opérations délicates, on peut craindre un insuccès dans ces conditifons défectueuses.

Inconvénients des opérations faites au domicile du malade.

Les opérations faites par le chirurgien dans son milieu habituel ne lui occasionnent aucun souci pour leur prépara-

tion : l'arsenal des instruments et des accessoires est au complet, la stérilisation des instruments et de tout le matériel annexe est faite par des procédés rigoureux et scientifiques, la salle d'opérations est prête, bien éclairée, munie de son mobilier indispensable. L'opérateur n'a qu'à examiner le malade avec soin, afin de poser un diagnostic précis.

Le jour fixé pour l'intervention, il sait que le malade et les aides seront prêts à l'heure dite et il n'aura à se préoccuper que de l'opération elle-même.

Songez, au contraire, aux tribulations qu'occasionnent pour la famille et pour le chirurgien une opération délicate faite à domicile pour satisfaire la *fantaisie* du patient ou des siens. Il faut choisir une chambre bien éclairée et spacieuse et la disposer en salle d'opérations. Il faut apporter tous les objets nécessaires, puis tout l'arsenal des instruments et des accessoires, avec cette préoccupation qu'au moment critique il pourra toujours se produire un incident auquel on ne sera peut-être pas suffisamment prêt à remédier. Le chirurgien n'aura jamais, dans une

salle d'opérations improvisée, la même assurance et la même tranquillité d'esprit que dans son milieu habituel. En outre, le dérangement occasionné par les préparatifs de l'opération, qu'il doit surveiller lui-même, puisqu'il en aura toute la responsabilité, sera pour lui la cause d'une perte de temps et d'une fatigue physique plus considérable que pour cinq ou six grandes opérations faites le même jour, dans une maison de santé bien installée.

Lorsqu'il faut céder à la fantaisie d'un malade ou de son entourage, cette fantaisie n'a plus de limites. Et cependant il existe parfois des circonstances particulières où le chirurgien doit, pour remplir tout son devoir, subir ces désagréments. C'est quand le patient se trouve dans un tel état d'esprit qu'il est impossible de lui faire quitter sa demeure et de le préparer à l'opération comme on le fait communément. Une jeune fille, horriblement brûlée au visage dans un grand incendie, voulait subir une opération d'autoplastie longue et délicate. Sa surexcitation était telle qu'elle avait exigé de ne pas connaître le jour de l'opé-

ration et d'être opérée chez elle. Elle acceptait de prendre pendant plusieurs jours, au commencement de la nuit, une forte dose d'opium et de chloral. Cette personne fut anesthésiée pendant son sommeil et l'opération fut suivie de tout le succès espéré.

L'opération doit se faire de préférence dans une maison de santé bien organisée.

L'opération faite dans une maison de santé bien organisée se présente dans des conditions de réussite bien différentes. En effet, il est très facile, si le patient est pusillanime, de lui laisser croire, si l'opération est fixé au lendemain, qu'il doit encore se reposer deux ou trois jours. Beaucoup de personnes préfèrent ainsi ne savoir que le matin même, au moment où on leur refuse leur déjeuner habituel, le jour de l'opération. Le malade se rend soit de lui-même, soit porté sur un lit roulant, dans la salle d'anesthésie, accompagné par une personne de sa famille et par le médecin

traitant. Le chirurgien s'approche et lui dit, au moment où l'anesthésie commence, les dernières paroles d'encouragement.

Il est exceptionnel qu'il soit nécessaire d'anesthésier le patient dans sa chambre pour le transporter déjà anesthésié dans la salle d'opérations. En effet, le transport du malade déjà anesthésié prolonge la durée totale de l'anesthésie de cinq minutes environ, sans aucun avantage, puisqu'en se rendant dans la salle d'anesthésie, il ne doit apercevoir ni la salle d'opérations, ni les aides, ni les préparatifs indispensables, qui se font dans une pièce voisine.

L'anesthésie locale et l'anesthésie générale.

Nous arrivons à la question de l'anesthésie. Nous allons étudier successivement l'anesthésie locale et l'anesthésie générale.

L'anesthésie locale, comme nous l'avons vu, doit être réservée aux petites interventions ; il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner.

Les deux procédés les plus employés pour obtenir l'anesthésie locale sont :

1° la congélation ; 2° les injections interstitielles d'une solution de chlorhydrate de cocaïne ou de ses succédanés : eucaïne, stovaïne.

L'anesthésie locale par la congélation.

La congélation s'obtenait autrefois par un mélange de glace pilée et de sel, dont on enveloppait la partie malade pendant 5 à 10 minutes. On substitua bientôt à ce mélange de glace pilée et de sel les pulvérisations d'éther, puis la projection d'un jet très tenu de chlorure d'éthyle pur ou mélangé de chlorure de méthyle.

La congélation n'insensibilise pas à une grande profondeur. Comme le patient a été averti qu'il serait opéré sans douleur, il est donc très important de ne pas dépasser avec l'instrument tranchant la zone d'insensibilité. A la face, sur le tronc, la congélation ne peut insensibiliser que la peau, et encore cette anesthésie est-elle très imparfaite dans les cas où il existe un état inflammatoire aigu (furoncles, abcès chauds.)

Aux extrémités, au contraire, par exem-

ple pour l'opération de l'ongle incarné, la congélation réussit à faire entièrement disparaître la sensibilité, à la condition toutefois de faire à la racine de l'orteil une ligature élastique, destinée à arrêter momentanément la circulation du sang. La congélation ne peut donc être employée que pour de petites incisions superficielles, pour l'arrachement d'un ongle, l'ablation d'une verrue.

Le patient est prévenu de la sensation de froid qu'il va éprouver : chacun connaît cette sensation du doigt gelé, telle qu'on la ressent par les grands froids. Le moment le plus pénible est celui où la circulation se rétablit, car il se produit alors, avec une intensité variable, certains picotements douloureux bien connus sous le nom d'« onglée ». Le meilleur procédé pour modérer la douleur de l'onglée est de soumettre la partie qui vient d'être congelée à l'action d'un courant d'eau froide. Les picotements douloureux qui accompagnent le retour à la vie de la partie congelée sont souvent très vifs et peuvent faire souffrir le patient plus vivement et plus longtemps que ne l'aurait fait l'incision sans congélation. L'es-

prit humain est ainsi fait, que cette douleur plus vive et qu'il n'est plus possible d'éviter, mais qui suit la période d'insensibilité et l'acte opératoire, est généralement tolérée avec patience, comme un mal nécessaire qui a procuré le bienfait de préserver de la douleur plus aiguë et plus redoutée du contact de l'instrument tranchant. Il est donc indispensable, si l'on pratique l'anesthésie locale sur les extrémités par les réfrigérents, de prévenir le malade qu'il ne souffrira pas pendant l'opération, mais qu'il ressentira les picotements de l'onglée au moment où la circulation se rétablira.

Aussi la congélation a-t-elle été presque complètement abandonnée pour la cocaïnisation toutes les fois qu'il s'agit d'autre chose que d'une simple ponction ou d'une incision superficielle, d'une injection de sérum ou de morphine.

L'anesthésie locale par les injections interstitielles de cocaïne.

La cocaïnisation en injections interstitielles donne d'excellents résultats pour

l'anesthésie locale, à la condition d'employer une solution assez faible, au cinquantième ou au centième, et de bien faire pénétrer le liquide dans tous les réseaux lymphatiques de la région à insensibiliser.

Les injections de cocaïne agissent assez mal sur les régions très enflammées, peut-être parce que la circulation y est plus active et entraîne trop vite le liquide anesthésiant. Aussi est-il connu que, pour l'avulsion des dents, l'anesthésie ne sera complète qu'à la condition d'opérer à un moment où il n'y a pas de crise douloureuse aiguë.

Pour pratiquer l'anesthésie locale par les injections de cocaïne sans aucune douleur, il est bon de combiner avec cette méthode la congélation du point où sera faite la première piqûre : en effet, les injections de cocaïne doivent être faites dans les réseaux lymphatiques du derme, c'est-à-dire au voisinage des terminaisons nerveuses. On pulvérise du chlorure d'éthyle jusqu'à congélation superficielle, au point où doit être faite la première piqûre, et on introduit l'aiguille sous l'épiderme à ½ millimètre de profondeur de manière à produire,

lorsqu'on pousse le liquide, une zone d'œdème blanchâtre. On fait la seconde piqûre à cinq millimètres de la limite extrême de cette première zone, et ainsi de suite, de telle manière que toute la région se trouve complètement insensibilisée au bout de 2 à 3 minutes. Lorsque la cocaïne est maniée par une main habile et que la première piqûre est faite après congélation, le patient n'éprouve aucune douleur. La durée de l'insensibilité varie suivant le degré de vascularisation de la région. Aussi est-il préférable pour les extrémités de placer préalablement à la racine du doigt ou de l'orteil une ligature élastique. A la paupière on emploie un compresseur spécial ou la pince de Desmarres. Aux membres, il est facile d'obtenir un résultat analogue en circonscrivant le champ opératoire entre les spires d'une bande de caoutchouc. On congèle la peau pour la première piqûre, et on agit comme plus haut. L'insensibilité par la cocaïne se prolonge alors bien au delà de la période douloureuse qui accompagne le retour de la circulation, de telle manière que le patient n'a même pas à souffrir des picotements de l'onglée.

L'anesthésie locale des muqueuses s'obtient par le contact d'une solution concentrée de cocaïne.

Sur les muqueuses, la cocaïne s'emploie en solution plus concentrée, au vingtième et même au dixième, mais en application locale.

On laisse en contact avec la partie à insensibiliser, pendant 3 à 4 minutes, un petit plumasseau de cocon hydrophile imbibé de la solution anesthésiante.

La cocaïnisation, telle qu'elle vient d'être décrite, n'est aucunement dangereuse et expose seulement les personnes nerveuses à des nausées, à quelques vertiges et à un peu d'insomnie. On combat facilement les nausées et les vertiges en administrant du café noir. Mais les bienfaits de cette méthode d'anesthésie locale sont tels, lorsqu'on sait l'employer, que ces petits malaises consécutifs passent presque inaperçus.

Accidents et inconvénients de la rachicocaïnisation.

Nous ne mentionnerons que pour la condamner la rachicocaïnisation, c'est-à-dire

l'injection au contact de la moelle épinière, par la ponction lombaire, d'une solution de cocaïne ou d'un de ses succédanés. En effet, cette méthode, outre ses dangers, présente l'inconvénient de n'insensibiliser que la partie inférieure du corps, et la limite supérieure de la zone d'insensibilité varie tellement que les partisans de cette méthode d'anesthésie se sont vus fréquemment obligés de donner du chloroforme au début d'une laparotomie, parce que le patient criait au contact du bistouri. On a publié de nombreux cas de vomissements incoercibles, et même des cas de mort, à la suite de ces injections intra-rachidiennes de cocaïne. Un certain nombre de malades qui les ont bien supportées se sont trouvés atteints ultérieurement d'une parésie durable des membres inférieurs, comme si l'action généralement fugace de l'anesthésique avait produit chez eux des désordres irrémédiables. La rachicocaïnisation d'ailleurs n'a guère été employée que dans les hôpitaux, et les chirurgiens qui faisaient tant de réclame autour de la nouvelle méthode se seraient bien gardés, pour la plupart, de l'essayer dans leur

clientèle privée. Il est si habituel en chirurgie de faire assez peu de cas de la vie humaine lorsque les insuccès ne vous exposent à aucun désagrément. C'est ce qui arrive dans certains services hospitaliers où, comme nous l'avons déjà signalé, personne n'est judiciairement responsable, ni l'administration, ni le personnel médical.

La rachicocaïnisation a d'ailleurs d'autres inconvénients : ne doit-il pas être très pénible dans certains cas pour le patient d'avoir conscience de l'acte opératoire, et de subir cette anxiété inexprimable que provoquent les retards, les incidents de l'intervention ?

Supposons une hystérectomie faite sous la rachicocaïnisation. Il peut arriver qu'au moment où l'opération est sur le point d'être terminée, le chirurgien s'aperçoive qu'une artère donne du sang. L'hémorragie dans le péritoine serait mortelle. Il faut pincer et lier le vaisseau. Si l'opération a été faite par la voie vaginale, cette recherche peut être pénible et laborieuse. S'agit-il d'une laparotomie, l'hémorragie peut n'être reconnue qu'au moment où l'on enlève la dernière compresse, qui sort tachée de sang rutilant.

Il faut alors rouvrir le ventre en enlevant toutes les sutures, éponger le sang et refaire toute une opération pour lier le vaisseau qui saigne. Songez-vous aux angoisses qui attendent en pareille occurence une malade anesthésiée par la rachicocaïnisation. Au moment où elle aura entendu dire successivement par le chirurgien : « Tout est terminé; maintenant les sutures; préparez le pansement... » tout à coup un silence, le maître chuchote à voix basse et dit tout haut : « prenez patience, il y a encore quelque chose à faire ». Puis l'opération semble recommencer, les mains, les compresses fouillent les entrailles pour éponger le sang, la malheureuse, inquiète, désemparée, s'agite, se met à vomir, les intestins sortent du ventre et le chirurgien n'a d'autre ressource que d'ordonner d'un ton bref et impérieux : « Vite, du chloroforme! » Quel souvenir ont pu laisser dans l'esprit de certains opérés ces drames vécus de la salle d'opérations, quelles terreurs doivent hanter leurs nuits d'insomnie, quels cauchemars, dix fois plus terribles que la réalité!

L'anesthésie générale

L'anesthésie générale n'expose à aucun de ces inconvénients. Elle n'est pas plus dangereuse que la rachicocaïnisation et de plus elle convient à toutes les opérations quelles qu'elles soient et à toutes les régions.

Il est cependant bien facile de comprendre pourquoi l'anesthésie générale a eu tant de détracteurs. L'anesthésie à l'éther ou au chloroforme, pour ne citer que les anesthésiques généraux les plus anciennement connus, enlève au malade, pendant ce long sommeil artificiel qui peut durer jusqu'à plusieurs heures, toute conscience de la vie.

Etre endormi au chloroforme, savoir qu'on va perdre tout contact avec ce qui nous entoure et que peut-être on ne se réveillera pas, savoir que l'on peut passer de ce sommeil artificiel au sommeil éternel, n'est-ce pas jeter en quelque sorte un défi à la mort ? Il n'en faut pas davantage pour provoquer chez les personnes qui réfléchissent un sentiment de crainte bien justifié.

L'action des anesthésiques est en effet une action *toxique* et il est incontestable qu'un agent chimique capable de produire en inhalation l'anesthésie générale pourra déterminer la mort si la dose est trop forte. Les cas de mort par le chloroforme et l'éther qui ont le plus frappé l'imagination du public ont été les cas de mort par syncope cardiaque, survenus à la première approche de l'anesthésique. A peine la compresse ou le cornet chargé de chloroforme ou d'éther avait-t-il touché le visage, le patient a succombé, et tous les efforts pour le rappeler à la vie sont demeurés inutiles.

Au chloroforme et à l'éther se sont ajoutés comme anesthésiques généraux le protoxyde d'azote, le bromure d'éthyle, puis le chlorure d'éthyle. Le protoxyde d'azote semblait inoffensif : à son tour, il a été accusé d'accidents mortels.

Je me souviens d'une des réunions du Congrès français de chirurgie où plusieurs maîtres des hôpitaux ont voulu démontrer à leurs collègues de province que le chloroforme était sans danger lorsqu'on employait leur méthode d'anesthésie. Pen-

dant la semaine du Congrès, comme par une ironie cruelle du destin, quatre malades des hôpitaux sont morts du chloroforme entre les mains de ces maîtres. Il est probable que les élèves chargés du soin de l'anesthésie, qui sont souvent dans les hopitaux de jeunes étudiants, s'étaient laissé aller à regarder l'opération pendant qu'ils administraient inconsciemment des masses de chloroforme. Récemment, on a construit des appareils compliqués, pour doser un mélange d'air ou d'oxygène et de vapeurs anesthésiques. L'appareil le plus parfait ne remplacera jamais la vigilance et l'expérience du chloroformisateur.

Je dis *chloroformisateur* parce que je ne suis pas partisan de l'éthérisation, qui détermine un état congestif et asphyxique du patient; l'éther expose en outre beaucoup plus que le chloroforme aux complications pulmonaires, par suite du refroidissement de l'arbre bronchique causé par l'évaporation de cet agent volatil.

Le protoxyde d'azote est abandonné, et le bromure d'éthyle présente à peu près les mêmes inconvénients que l'éther; les

malades endormis par cet anesthésique ont le visage vultueux et violacé, l'écume aux lèvres, et se trouvent souvent dans un état asphyxique inquiétant.

Le chloroforme demeurait donc l'anesthésique général de choix lorsque la découverte inattendue des propriétés anesthésiques des vapeurs de chlorure d'éthyle en inhalation est venue transformer la technique de l'anesthésie générale.

Nous avons vu, à propos de l'anesthésie locale par congélation, que l'un des meilleurs liquides à évaporation rapide est le chlorure d'éthyle pur. Un dentiste, projetant sur la gencive un jet de chlorure d'éthyle pour obtenir l'anesthésie locale par congélation, vit le patient perdre connaissance au bout de quelques instants, comme il arrive par l'inhalation du chloroforme ou de l'éther. L'avulsion de la dent terminée, le patient reprit connaissance au bout de quelques minutes, sans que cette anesthésie générale de courte durée eût provoqué le moindre malaise. Dès lors, le chlorure d'éthyle pur fut expérimenté pour l'anesthésie générale.

Il est facile d'étudier sur soi-même les

propriétés de cet agent. Projetez sur un mouchoir plié deux ou trois centimètres cubes de chlorure d'éthyle et appliquez le mouchoir sur le nez et la bouche en faisant quelques longs mouvements d'inspiration : au bout de quelques secondes, vous éprouverez une sensation de vertige et des tintements d'oreilles. Si vous êtes debout, vous serez obligé de vous s'asseoir. Enlevez la compresse : l'obnubilation cérébrale augmente quelques instants encore, puis s'évanouit presque aussi vite.

L'odeur du chlorure d'éthyle pur est beaucoup moins désagréable et moins suffocante que celle du chloroforme et même de l'éther.

Nous possédons ainsi dans ce nouvel anesthésique général un agent précieux, non seulement pour toutes les petites opérations qui ne durent que quelques minutes, mais pour toutes les opérations en général, car si l'anesthésie doit se prolonger, il suffit soit de verser dans le cornet cinq centimètres cubes de chlorure d'éthyle toutes les deux ou trois minutes, soit d'ajouter au bout de 30 à 40 secondes quelques gouttes de chloroforme pur et

de continuer l'anesthésie au chloroforme.

La mentalité des personnes qui sont obligées de se soumettre à l'anesthésie générale est bien variable : entre l'insouciance extraordinaire de certains malades qui se laissent anesthésier avec une indifférence absolue et la terreur exagérée et involontaire des personnes pusillanimes, il y a tous les degrés.

L'anesthésie générale est indispensable pour toutes les opérations délicates.

Nous ne sommes plus au temps où la grande chirurgie, presque réduite aux amputations, pouvait être faite à la rigueur sans anesthésiques. On se rappelle encore le courage stoïque des grenadiers du premier empire qui se laissaient couper la jambe en fumant leur pipe et sans proférer une plainte.

Certains malades nous disent encore : « Ne m'endormez pas, je vous promets de ne pas remuer. »

— Je vais vous endormir cependant, répond le chirurgien ; vous pouvez être cou-

rageux, mais, si je sens que vous souffrez, je ne serai pas aussi libre de mes actes, je chercherai involontairement à me hâter pour vous faire souffrir moins longtemps, j'irai plus vite pour la suture de la plaie et l'opération sera moins parfaite. »

Il faut donc à la fois, pour que les opérations graves soient faites avec toute la précision et la perfection désirables, que le patient ait une confiance absolue dans l'anesthésique employé et que le chirurgien sache qu'il ne sera pas troublé dans son travail par les soucis de l'anesthésie.

L'anesthésie sera d'autant plus régulière que le système nerveux du malade aura été moins surexcité au moment de l'administration de l'anesthésique ; et l'œuvre d'art que doit être toute opération ne pourra être terminée avec toute la perfection possible que si le chirurgien se sait tout le temps disponible pour la mener à bien avant que le patient ne commence à exécuter des mouvements involontaires et inconsidérés.

Les avantages du chlorure d'éthyle pour commencer l'anesthésie générale sont donc inappréciables. « Je vous endormirai au

chlorure d'éthyle, dit le chirurgien : vous n'éprouverez aucune suffocation, aucun malaise, et il n'y a aucun danger. Nous avons déjà signalé que si le malade hésite il est facile de lui faire éprouver les sensations du début de l'anesthésie en lui faisant respirer quelques vapeurs de chlorure d'éthyle ou même en se soumettant soi-même devant lui à cette petite expérience.

On peut endormir les malades au chlorure d'éthyle pur pendant assez longtemps pour réduire une luxation ou pour faire de petites opérations. J'ai même pu prolonger l'anesthésie au chlorure d'éthyle seul pendant 20 ou 30 minutes, mais il est préférable, si l'opération doit durer quelque temps, de lui substituer du chloroforme anesthésique administré soit dans une compresse épinglée en forme de cornet, soit à l'aide des appareils à dosage de vapeurs de chloroforme, d'air ou d'oxygène qui sont employés aujourd'hui. Ces appareils exigent, dit-on, un aide moins expérimenté que l'emploi du simple cornet de toile. Mais c'est justement pour cette raison que je préfère le simple cornet manié par un aide soigneux, attentif et expérimenté.

En effet, les appareils mécaniques compliqués sont coûteux, lourds, peu transportables et un chloroformisateur qui ne saura manier qu'un tel appareil pourra se trouver dans l'embarras s'il ne l'a pas à sa disposition.

Une méthode d'exception ne sera jamais une méthode de choix.

L'opérateur doit avoir lui-même une grande expérience de l'anesthésie.

Je considère, en outre, comme indispensable que le chirurgien lui-même ait une grande expérience de l'anesthésie, car, si confiant qu'il soit dans son aide, il lui faudra surveiller instinctivement l'état du malade pendant tout le temps que durera l'intervention. Ne doit-il pas se trouver prêt à avertir le chloroformisateur à la moindre alerte, si celui-ci n'est pas suffisamment attentif. Il est facile de reconnaître pendant l'opération, à l'aspect de la plaie et aux caractères du suintement sanguin, si l'anesthésie est normale ou s'il faut craindre quelque complication. Mais ces qualités

d'observation sont difficiles à acquérir et exigent de longues années de pratique. Il est impossible de les posséder si l'on ne s'est pas attaché tout jeune et dès les premières années d'études médicales à manier les anesthésiques, non pas à la manière d'un « étudiant » et avec l'insouciance habituelle des élèves des hôpitaux, mais avec cette conviction bien arrêtée, que chaque nouveau cas est un nouveau sujet d'étude. L'expérience ne peut s'acquérir que par la persévérance et le travail personnel. Chaque jeune étudiant devrait donc se dire, dès le début de ses études, que de son assiduité dépendra toute sa carrière.

Le chloroformisateur assume la respousabilité da la vie du patient; il ne doit se laisser distraire par rien de ce qui se passe autour de lui. Que de fois n'avons-nous pas vu des malades en état de mort apparente parce que le chloroformisateur, trop préoccupé de l'opération, regardait faire le chirurgien, laissant sur le visage du patient, qu'il ne surveillait plus, la compresse de chloroforme.

L'aide chargé de l'anesthésie doit avoir comme seule et unique préoccupation la vie

du patient, qui est plus directement entre ses mains qu'entre celles du chirurgien.

On a longtemps cru que l'anesthésie générale était dangereuse chez les personnes atteintes de maladies du cœur. J'ai été l'un des premiers à réagir contre cette erreur : étant encore étudiant, j'ai remarqué que les battements du cœur, chez les malades atteints de lésions valvulaires, étaient souvent beaucoup plus réguliers pendant l'anesthésie qu'avant l'anesthésie. Ce qui a propagé cette erreur, que l'anesthésie générale était dangereuse chez les cardiaques, ce sont les observations nombreuses de mort subite au début de la chloroformisation. Or ces accidents n'ont jamais été autre chose que des accidents réflexes de syncope cardiaque, dus à une action trop brutale des vapeurs de chloroforme sur les terminaisons nerveuses de la muqueuse respiratoire ou sur les centres nerveux..

Si l'on n'a pas à sa disposition du chlorure d'éthyle pur, il est facile de se mettre à l'abri de la syncope immédiate de la manière suivante : on doit attendre pour administrer le chloroforme

que le malade soit calme et tranquille et qu'il n'ait aucune appréhension ; on verse dans le cornet 6 à 10 gouttes de chloroforme pour l'habituer à l'odeur de l'anesthésique. Se produit-il chez le malade le moindre signe de suffocation ou le moindre mouvement de défense, il faut enlever la compresse et lui laisser faire deux ou trois inspirations d'air libre ; on verse à nouveau 8 à 10 gouttes de chloroforme dans le cornet et on l'applique sur le visage. On le soulève à la moindre alerte, puis on continue. Au moment où le visage se congestionne et où survient la période normale d'excitation, souvent si violente chez les alcooliques, il faut enlever un instant la compresse, puis l'appliquer de nouveau jusqu'à la résolution.

Il est inutile, pendant l'administration des anesthésiques généraux, de faire tenir le pouls. En effet, le cœur ne s'arrête jamais qu'après la respiration, et, à part les accidents encore très obscurs et tout à fait exceptionnels de syncope cardiaque primitive, qui sont d'ailleurs irrémédiables, la respiration cesse toujours avant que les battements du cœur ne s'arrêtent.

Incidents et alertes pendant l'anesthésie générale. La respiration artificielle.

Si l'on se guidait sur le pouls pour juger quand le malade a absorbé trop de chloroforme, on perdrait, en cas de mort apparente, un temps précieux, puisque l'aide qui tient le pouls ne constaterait son arrêt qu'un certain temps après l'arrêt de la respiration. Le chloroformisateur doit *écouter* sans la moindre distraction le bruit respiratoire. L'oreille, placée à peu de distance des lèvres du patient, entend si l'air entre et sort librement, reconnaît les bruits spéciaux que provoquent la chute de la base de la langue dans le pharynx ou la présence des mucosités de l'orifice du larynx. Aussi est-il prudent de placer entre les arcades dentaires, dès le début de la chloroformisation, un ouvre-bouche à anneaux et de saisir la langue avec une pince à langue d'un modèle spécial. Cette pince à langue a été construite sur mes indications par M. Collin, et ne blesse jamais cet organe.

Les pinces à langue autrefois en usage

étaient de véritables instruments de supplice : les uns l'écrasaient, les autres la déchiraient, à ce point que certains opérateurs préféraient passer au travers un crin de Florence. Le lendemain de l'opération et le jour suivant, le patient avait la langue tuméfiée et douloureuse. « Vous vous êtes mordu la langue, » lui disait-on le plus souvent. Lorsqu'on a appliqué un écarteur des mâchoires et une pince à langue du modèle que j'ai indiqué ci-dessus, il est facile, si le malade avale la base de sa langue, de remédier à cet incident en remontant avec les pouces les angles de la mâchoire. S'il y a du mucus dans le pharynx, on l'éponge avec une compresse de gaze hydrophile, montée au bout d'une longue pince courbe.

Le degré d'anesthésie se constate en recherchant le réflexe cornéen : le chloroformisateur touche rapidement la cornée avec l'index ; si l'anesthésie est insuffisante, les paupières se contractent avec énergie. Si le réflexe cornéo-palpébral a disparu, il faut enlever la compresse de chloroforme.

L'examen du réflexe cornéen permet

de vérifier le degré de contraction de la pupille : la pupille doit être contractée pendant l'anesthésie chloroformique ; si elle est dilatée, c'est que les accidents d'intoxication chloroformique sont imminents. Presque toujours la pupille se dilate à peu près au même moment où la respiration vient à cesser. Ces accidents, nous l'avons déjà dit, sont dus à ce que la dose de chloroforme absorbée est exagérée. Quand on s'aperçoit immédiatement de l'arrêt de la respiration, il n'y a généralement qu'une alerte sans gravité. Si la pupille n'est pas dilatée, il suffit le plus souvent de tirer la langue, d'éponger le pharynx et de faire quelques pressions rythmiques des mains sur le thorax. Très souvent l'asphyxie est survenue par suite de la présence de mucosités dans le pharynx. Le rythme respiratoire se rétablit en quelques instants.

Lorsque la pupille est dilatée et le visage cyanosé, la situation est plus grave : il faut alors couvrir le champ opératoire de linges stérilisés, et le fermer provisoirement s'il y a lieu, par exemple dans les cas de laparotomie, avec des

pinces à griffes. On renverse aussitôt le lit d'opérations de 15 à 20[e] en arrière; un aide, placé sur le côté droit du patient, tient la pince à langue de la main droite, pour procéder aux tractions rythmées, au nombre de 20 à 25 par minute, et le chirurgien pratique la respiration artificielle. Il faut s'assurer d'abord par quelques pressions sur le thorax que le pharynx est libre : on fait alors respirer le patient par les mouvements d'adduction et d'abduction des bras : les coudes, tenus à pleine main, sont serrés sur le thorax, pour produire l'expiration, puis les bras sont abattus rapidement en haut et en dehors, de manière à provoquer l'inspiration par l'action des fibres du grand pectoral sur la cage thoracique.

Un aide s'assure que le cœur bat régulièrement. Le plus grand silence est de rigueur, puisqu'il faut avoir l'oreille prête à entendre les premiers bruits d'inspiration et d'expiration spontanés. La pupille se contracte de nouveau, la respiration redevient normale et l'on continue l'opération comme si rien n'était survenu.

Il est naturel que beaucoup de per-

sonnes redoutent l'anesthésie générale; c'est pourquoi il est utile de faire comprendre ce qu'elle doit être et pourquoi elle demeure à peu près inoffensive entre les mains de ceux qui savent bien manier les anesthésiques.

N'observera-t-on jamais de cas de mort pendant l'anesthésie si l'on suit tous ces préceptes ? Ce serait dire que l'homme a cessé d'être mortel. Ne lisons-nous pas journellement que telle ou telle personne est morte subitement, soit sur la voie publique, soit en tout autre endroit. Le plus souvent, il s'agit d'une simple syncope cardiaque, parfois d'une hémorragie cérébrale ou d'une embolie, exceptionnellement de la rupture d'un anévrisme, qui est cependant la cause la plus généralement invoquée.

Supposons que le moment précis d'une de ces syncopes mortelles vint à coïncider par hasard avec le début d'une chloroformisation, on ne manquerait pas d'attribuer la mort à l'anesthésie. La proportion des cas de mort par l'anesthésie chloroformique étant inférieure à un sur dix mille, il faut considérer, puisqu'on donne fréquemment

le chloroforme à des malades gravement atteints, qu'il doit y avoir, parmi cette faible proportion de cas malheureux, un certain nombre de cas de mort où l'anesthésique n'est réellement pas en cause.

Un exemple frappant montrera que cette coïncidence d'un cas de mort subite avec le début de l'anesthésie chloroformique peut survenir par le plus grand des hasards. Un chirurgien était en train de terminer une opération abdominale et venait de dire à l'infirmier de faire préparer une autre malade. Quelques instants après, un infirmier entre précipitamment dans la salle d'opérations, disant : « Monsieur, venez vite ! » Une compresse est placée sur la plaie et maintenue par l'assistant. Le chirurgien trouve, étendue dans la pièce voisine, une femme qui devait être opérée peu de temps après et qui ne donnait plus signe de vie. Tous les efforts pour la faire revenir à elle demeurèrent inutiles. Cette femme était venue s'étendre tranquillement sur le lit où on devait l'anesthésier un peu plus tard et elle avait succombé à une syncope cardiaque.

Si l'opération en cours avait été ter-

minée 5 ou 10 minutes plus tôt, cette syncope serait survenue au début de l'anesthésie, à laquelle on l'aurait attribuée.

Il faut donc analyser avec soin les accidents reprochés à l'anesthésie et ne pas condamner à la légère des agents ainsi précieux que les anesthésiques, parce qu'ils sont délicats à manier. L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, continuée avec le chloroforme, peut être considérée comme inoffensive si elle est pratiquée par un médecin attentif et expérimenté.

Derniers préliminaires de l'opération

Dès que le patient est anesthésié, nous n'avons plus à envisager que les acteurs de l'opération : le chirurgien et ses aides.

L'anesthésie a été le plus souvent commencée devant une personne de la famille, dont la présence ou les paroles encouragent le patient. Dès que celui-ci a perdu connaissance, il est de règle que les personnes de la famille s'éloignent. Parfois un parent ou un proche réclame d'assister à l'opération ; le chirurgien doit-il céder à leurs instances?

Je répondrai : « presque sans exception *non.* » L'opération la plus simple en apparence peut présenter des complications imprévues. Qu'il survienne une hémorragie, une alerte, le chirurgien ne jouira plus de sa pleine liberté d'action pour remédier à cet accident, sans gravité à ses yeux, mais qui paraîtra terrifiant aux membres de la famille admis trop légèrement dans la salle d'opérations.

Le chirurgien ne peut être sûr de lui que s'il est soustrait à toute préoccupation autre que celle de l'opération elle-même.

S'il sait un parent du malade présent, il se préoccupera de lui bien involontairement et c'est le patient qui en pâtira.

En règle générale, à moins qu'il ne s'agisse d'un *confrère*, parent du malade, aucun membre de la famille ne doit assister à l'opération.

Le médecin traitant doit seul représenter la famille du malade; sa présence à l'opération est utile pour éclairer le chirurgien sur certains commémoratifs qu'une particularité peut rendre intéressants, Son rôle est, dans les cas graves, de se rrndre

auprès des personnes de la famille qui se tiennent dans une pièce voisine pour les tenir au courant des particularités et de la marche de l'opération.

Le nombre des personnes présentes à une opération doit être aussi limité que possible et sera réduit à peu près au chirurgien, à ses aides, au médecin de la famille et au personnel indispensable.

Pendant que se fait l'anesthésie, le chirurgien et son aide principal vérifient tous les préparatifs de l'opération. Il faut que tous les instruments et tous les accessoires, sans en omettre aucun, soient rigoureusement stérilisés, puis disposés dans un ordre connu et déterminé à l'avance, sur une table recouverte de serviettes stérilisées. Dès que le malade a perdu connaissance, il est préférable de faire rouler le lit qui le porte dans la salle d'opérations, où le chloroformisateur continue l'anesthésie pendant que les aides procèdent à la toilette du champ opératoire. Le chirurgien procède sous le chloroforme à un dernier examen, puis, pendant qu'on dispose le patient sur la table d'opérations, il vérifie lui-même les instruments.

La région à opérer est entourée de serviettes stérilisées et l'opération commence.

L'opération. Les qualités et les défauts du chirurgien.

Dès qu'il prend possession de la salle d'opérations, le chirurgien devient un autre homme.

« Vous n'êtes plus le même, disait à un « jeune chirurgien un de ses amis, quand « vous opérez ; on voit alors votre puis« sance de volonté tout en action ; il « n'existe plus rien d'autre autour de vous « que l'œuvre d'art à laquelle vous vous « adonnez avec une précision admirable « et sans perdre un seul instant. Survient« il un incident, une complication impré« vue, jamais je n'ai vu sur votre visage « le moindre signe d'inquiétude ou d'hé« sitation. L'opération dure quelques ins« tants de plus et se termine avec la même « perfection ».

Il n'est pas en effet, d'œuvre d'art aussi délicate, aussi passionnante que celle qui consiste à modeler et à façonner la chair

palpitante de son semblable, à rendre la vie et la santé en réparant les atteintes souvent si profondes de la maladie.

La principale qualité morale du chirurgien est d'avoir conscience de sa personnalité et de savoir exactement ce qu'il peut, ce qu'il doit entreprendre sans compromettre inconsidérément la vie du patient.

Nul ne devrait se prétendre chirurgien sans avoir fait preuve auparavant d'une habileté manuelle au-dessus de la moyenne et d'une grande perspicacité pour la détermination du diagnostic.

Ces demi opérateurs, trop peu consciencieux parce qu'ils ne savent pas se juger eux-mêmes, risquent chaque jour de compromettre la vie de plusieurs malades qui ne risqueraient rien ou presque rien entre des mains plus expérimentées.

Combien de médecins sans expérience ont voulu, au moins une fois dans leur vie, ouvrir un ventre et tenter l'extirpation d'un kyste de l'ovaire. Il est vrai que de grands spécialistes du début de l'ovariotomie n'ont pas commencé autrement. Nous pourrions en citer qui ne connaissaient que très peu de chose en médecine et qui s'étaient ha-

sardés, après avoir servi d'aide pendant plusieurs années à un maître fameux, à ouvrir, eux aussi, quelques ventres.

Ils s'en étaient assez bien tirés et c'est ainsi qu'après avoir opéré un certain nombre de kystes de l'ovaire, ils s'étaient enhardis, après de fantastiques et grossières erreurs de diagnostic, à opérer à peu près convenablement tout ce qu'ils pouvaient trouver d'anormal dans le péritoine. L'expérience venait vite, car, à cette époque les laparotomistes étaient en petit nombre et ceux qui étaient en vogue ouvraient des ventres par centaines. Ils rencontraient le plus souvent des kystes de l'ovaire, parfois des fibromes, sinon des grossesses méconnues, enfin des kystes du foie, de la rate, des cancers péritonéaux. Le diagnostic leur importait peu : la paroi incisée, ils savaient opérer suffisamment bien pour obtenir une proportion de 50 à 60 % de succès.

Aujourd'hui, les choses ne se passent plus ainsi et la chirurgie s'est en quelque sorte démocratisée, ce qui n'a pas amélioré l'ensemble des résultats.

Nous sommes arrivés à cette apparente

contradiction, qu'à mesure que les perfectionnements de la méthode antiseptique ont rendu la chirurgie plus accessible à un grand nombre de jeunes médecins, la proportion des insuccès est demeurée considérable. Pourquoi? Parce que la moyenne des chirurgiens en exercice ne possède pas les qualités requises. Un de mes anciens élèves, alors interne dans un grand service hospitalier, me narra l'histoire extraordinaire que voici : Le chirurgien qui avait pris le service pour les vacances venait de perdre successivement une série de seize hystérectomies. Chaque fois qu'on lui annonçait un nouveau décès, le maître répondait : « Je n'ai vraiment pas de chance; espérons que la prochaine réussira. » Il y a, en effet, beaucoup de chirurgiens qui peuvent soigner convenablement un abcès ou bien une fracture, mais qui resteront incapables de faire des opérations graves.

Les jeunes étudiants s'imaginent qu'il leur suffit de dire : « Je serai chirurgien » et de suivre « la filière. » S'adonner avec passion à la dissection, puis aux exercices de médecine opératoire sur le cadavre,

concourir à l'internat des hôpitaux, aux places d'aide d'anatotomie, de prosecteur, de chef de clinique et de chirurgien du Bureau central, telle est cette filière.

Le succès à tous ces concours dénote une somme de travail intellectuel assez considérable, mais ne démontre pas que le jeune chirugien possède les qualités requises qui sont, outre l'habileté manuelle : la décision, la présence d'esprit et la valeur morale.

L'art de la chirurgie, plus encore que l'exercice de la médecine, ne doit admettre aucune considération étrangère à l'intérêt du malade.

Lorsque le chirurgien prend le bistouri, le sort du malade va se décider en quelques instants. La moindre faute d'asepsie, la moindre hésitation peut coûter la vie au patient. Aussi n'existe-t-il qu'un très petit nombre de chirurgiens capables de mener à bien les opérations difficiles. Presque tous ceux qui ont suivi la « filière » sont capables de terminer suffisamment bien les opérations simples pour avoir une proportion normale de succès. Survient-il une complication imprévue, ces opérateurs per-

dent la tête et ce sont souvent leurs aides qui sauvent la situation.

Je me souviens d'un jeune chirurgien du Bureau central, faisant une trépanation pour une plaie du crâne avec enfoncement. Un interne lui fit remarquer discrètement qu'il se trouvait exactement sur la ligne médiane. « Mais non », dit, d'un ton bourru, l'opérateur très myope. La couronne de trépan avance et une hémorragie terrible montre que l'interne avait vu juste; le sinus longitudinal supérieur était blessé. Vite, crie le chirurgien, un thermocautère !!! L'interne, plus avisé, fait sauter le fragment osseux et arrête le sang en pinçant le sinus entre deux pinces, l'une en amont, l'autre en aval de la déchirure.

Une autre fois, c'est un chirurgien d'un certain âge, connu par ses incohérences; ce chirurgien, enlevant chez une jeune fille un petit kyste sébacé situé en arrière de l'oreille, s'imagine tout à coup que la malade ne respire plus et se trouve menacée d'un accident de chloroforme. Il étend la tête de la patiente, plonge le bistouri dans la trachée et demande une canule à trachéotomie. Les canules étaient

enfermées dans une vitrine du pavillon des hommes, à près de 200 mètres de la salle d'opérations des femmes. La malade suffoquait : le chirurgien, pour la faire revenir à elle, lui bourre le visage de coups de poings et la malheureuse allait succomber lorsque arrive, tout essoufflé, un interne porteur de la canule si désirée.

Il y a quelques années, un chirurgien, très mondain, opérait devant les membres du Congrès de chirurgie et devant quelques confrères étrangers. Après avoir fait admirer l'installation luxueuse at artistique de son service, il conduit ses collègues dans la salle d'opérations pour voir opérer une salpingite unilatérale. Le chirurgien fait, suivant son habitude, une petite incision abdominale, extrait les annexes malades, lie et sectionne le pédicule. Il commençait la suture du ventre, satisfait de son opération, lorsqu'un des chirurgiens étrangers qui étaient présents, s'approchant de l'assistant, lui dit tout bas : « Vous avez lié l'intestin. » Une telle parole, dans une bouche aussi autorisée, devait être prise en considération :

l'aide avertit le chirurgien, qui se fait apporter la pièce et reconnaît effectivement un fragment d'intestin. Il rouvre le ventre qui était déjà contaminé par les matières fécales, fait un anus contre nature et..... la malade succombe en 48 heures.

Certaines hystérectomies vaginales ont été particulièrement fécondes en surprises et en aventures fatales, je me souviens d'un jeune opérateur, ami de la critique pour les autres, et qui me racontait à un Congrès international combien de fois il avait vu, pendant des opérations laborieuses, un gynécologue en vogue extraire, au lieu d'un fibrome, une ou plusieurs anses d'intestin.

Un jour, le même gynécologue, qui pensait ne pas avoir encore complètement oublié la chirurgie générale, est consulté par un de ses amis pour un enfant atteint de mastoïdite aiguë. Il se charge de l'opération; au troisième coup de maillet il enfonce le ciseau en plein cerveau, et l'enfant succombe.

Il serait facile de multiplier ces anecdotes navrantes, qui sont malheureusement véridiques. Celles qui précèdent suffisent

pour justifier la thèse que je soutiens, à savoir queparmi les chirurgiens même doués d'une certaine réputation, il en est bien peu qui aient réellement conscience de ce qu'ils peuvent entreprendre ou de ce qui dépasse leurs capacités.

Etre incapable de quelque chose ! Est-ce possible quand on est le maître vénéré de toute une cour d'élèves obséquieux, quand on a su cumuler titres et distinctions honorifiques? Beaucoup de chirurgiens, assez habiles lorsqu'ils font une opération facile et prévue dans ses moindres détails, perdent donc la tête et sont capables de toutes les incohérences lorsqu'il leur arrive une complication, un incident imprévu.

Cette incertitude de beaucoup d'opérateurs devant les difficultés imprévues se décuple encore lorsqu'il s'agit d'un personnage en vue, d'une notoriété artistique ou littéraire, d'un homme politique, d'un monarque. C'est pour cela, comme je l'ai déjà signalé, que les rois sont souvent plus mal soignés que leurs domestiques; c'est aussi parce qu'on multiplie le nombre des médecins consultants et qu'au milieu de tant d'avis disparates, personne n'a l'autorité

nécessaire pour imposer une ligne de conduite une et rationnelle.

Le chirurgien véritablement digne de ce nom et sûr de lui-même doit être doué d'une force morale suffisante pour faire, au moment de l'opération, abstraction complète de la personnalité du patient. Ce n'est plus monsieur X..., le prince Z..., ou le roi N..., qui est sur la table d'opérations, c'est un *malade quelconque* atteint d'une *affection bien déterminée* et qu'il s'agit d'opérer avec succès.

Seul le chirurgien capable d'opérer avec le même sang-froid, dans les circonstances les plus difficiles, son fils ou le dernier des inconnus, est véritablement doué de toute la puissance morale qui convient à l'exercice de cet art, difficile entre tous.

Le cinématographe est pour le chirurgien un témoin impartial et lui permet de se juger lui-même.

Le chirurgien, avons-nous dit, lorsqu'il entre dans la salle d'opérations, devient un autre homme. C'est là, en effet, qu'il faut

l'apprécier et le juger. Il est si facile d'acquérir une certaine réputation parce qu'on sait se faire valoir et parce qu'on a eu la chance d'opérer avec succès quelques personnages en vue. Mais cela ne suffit pas et combien de ces réputations sont tout artificielles.

Aussi devais-je prévoir les tempêtes qui se déchaîneraient lorsqu'en 1898 j'ai eu l'idée de photographier des opérations chirurgicales au cinématographe pour servir à l'enseignement de la technique opératoire. A peine avais-je fait mes premières démonstrations qu'on annonça que je n'étais pas le premier à avoir reproduit des opérations avec le cinématographe et qu'on allait ouvrir à la Faculté de médecine un cours de technique opératoire avec démonstrations cinématographiques. Plusieurs années se passèrent et l'on ne vit paraître ni les pellicules, ni le cours annoncé. Alors on cria « au charlatan ».

C'est que le cinématographe est un témoin impartial et qui ne supporte aucune inexactitude. Vous voyez sur l'écran l'opération telle qu'elle a été exécutée sur le vivant. Le chirurgien apparaît dans

toute sa personnalité; vous pouvez juger son attitude, ses impressions et jusqu'à ses moindres mouvements. Une fausse manœuvre, une maladresse qui passeraient inaperçus dans la salle d'opérations, sont mises en évidence par le cinématographe.

C'est pourquoi j'ai dit dès 1898 que la reproduction cinématographique des opérations était pour le chirurgien le seul moyen de se juger lui-même et d'améliorer sa technique, puisqu'il peut faire revivre sur l'écran lumineux ses propres opérations, telles qu'il les a pratiquées.

Le cinématographe met en évidence toutes les qualités et tous les défauts de l'opérateur, et, à ce titre, il serait très intéressant de conserver comme documents un certain nombre de pellicules représentant par exemple cinq ou six opérations très simples : une amputation, une résection, une thyroïdectomie unilatérale, une ovariotomie, une hystérectomie abdominale totale et une hystérectomie vaginale, toutes des *cas faciles* et opérés par les principaux chirurgiens de chaque pays.

La personnalité du chirurgien n'appa-

raît tout entière qu'au moment où il prend le bistouri. L'incision doit être faite franchement, d'une main sûre. La tumeur, s'il s'agit d'un néoplasme, doit être découverte en quelques instants. Un bon chirurgien n'a pas à s'attarder à pincer et à lier de nombreux vaisseaux superficiels, car il sait inciser de manière à ne pas avoir de sang.

La tumeur découverte, ses rapports doivent être déterminés; il s'agit en effet de compléter le diagnostic en élucidant les points encore incertains. L'énucléation de la tumeur est faite sur-le-champ, en suivant les notions anatomiques bien connues de la région où elle s'implante. Cette énucléation doit durer très peu de temps, afin de ne pas occasionner une perte de sang abondante et de mettre à découvert aussi vite que possible les gros vaisseaux du pédicule, qui sont pincés et liés. L'ablation de la tumeur doit être faite aussi rapidement que possible, afin de donner au chirurgien tout le temps nécessaire pour faire avec soin la réparation du champ opératoire.

Les procédés de lenteur et les procédés de vitesse en technique opératoire.

Cette question de la supériorité en chirurgie des procédés de lenteur sur les procédés de vitesse ou des derniers sur les premiers a provoqué de nombreuses controverses : voici comment peut être résolu cet intéressant problème :

La prolongation excessive de la durée des opérations a été comme la conséquence de la découverte presque simultanée de l'anesthésie et de la méthode antiseptique.

Pourquoi opérer vite ? Le patient est endormi et ne souffre pas. On n'assiste plus à ces scènes héroïques du grenadier fumant la pipe pendant qu'on lui coupe la jambe ; c'est ainsi que cette double conquête de la chirurgie sur la douleur et sur l'infection a marqué un retard en technique opératoire, où les procédés de lenteur ont pris le pas sur la virtuosité un peu brutale des chirurgiens de la période préantiseptique.

Nous citerons deux des plus remarquables par leurs innovations et leur ingéniosité, Maisonneuve et Chassaignac, qui ont inventé le premier le serre-nœud, le second, l'écraseur linéaire.

Maisonneuve, qui était un opérateur admirable, savait extirper en quelques minutes le maxillaire supérieur : les téguments incisés, il sectionnait les trois apophyses à l'aide d'une cisaille de la longueur d'une coudée, et il extirpait l'os, comme une énorme molaire, d'un seul coup de davier. Les artères étaient saisies avec des pinces à verrou et l'interne n'avait qu'à faire les ligatures.

La courte durée des opérations, avant la découverte de l'antisepsie, diminuait beaucoup l'ébranlement nerveux subi par le patient, qui avait le bénéfice de ressentir moins longtemps la douleur aiguë du contact des instruments.

Mais la septicémie guettait la moindre intervention : l'érysipèle, l'infection purulente, la pourriture d'hôpital, le tétanos sévissaient partout, et se propageaient d'un malade à l'autre, par les mains, par les instruments, par les fils à ligatures, par les

objets de pansements et par la literie, qu'on ne savait pas désinfecter.

La plupart des pathologistes de cette époque croyaient que la résorption purulente se faisait par les orifices des veines restées béantes dans la plaie opératoire. Cette conception pathogénique provoqua l'invention du serre-nœud, puis de l'écraseur linéaire.

Le serre-nœud de Maisonneuve était un instrument puissant, et bien différent de ces serre-nœuds minuscules qui ne servent plus guère qu'à de petites opérations sur les fosses nasales. Maisonneuve, en effet a exécuté avec le serre-nœud jusqu'à l'amputation de la cuisse. Il commençait par briser l'os entre deux billots, d'un formidable coup de maillet. L'opération durait très longtemps et il était nécessaire de couper au bistouri la peau et les aponévroses. Lorsque le patient hurlait, « passez-lui une compresse, ordonnait le maître, qu'il la morde » et s'adressant au malade : « vous, tâchez de penser à autre chose. »

La chaîne de l'écraseur de Chassaignac, grâce à son mouvement alternatif, sectionnait mieux les tissus que le fil métal-

lique du serre-nœud ; il fallait cependant couper au bistouri la peau, les aponévroses et les tendons.

Je ne suis revenu sur ces méthodes tombées dans l'oubli, que parce qu'elles ont été les premiers procédés de lenteur enseignés *ex cathédra.*

Il fallait près de 24 heures à Chassaignac pour faire, avec son écraseur, une amputation de la langue.

Ces méthodes de lenteur ont été imaginées pour obtenir une sécurité plus grande et prévenir les accidents infectieux alors si troublants, qui arrêtaient les chirurgiens audacieux dans toutes leurs tentatives.

La technique opératoire était donc singulièrement hésitante à l'époque où commencèrent à se vulgariser les opérations péritonéales. Dès que la pratique de l'asepsie relative, et qu'ils pratiquaient comme par instinct, permit aux premiers ovariotomistes d'aborder sans trop de risques la chirurgie péritonéale, l'appréhension bien légitime qu'éprouvaient ces novateurs prolongea jusqu'à une durée excessive le temps de leurs opérations. Les premières laparatomies durèrent plusieurs heures.

La technique plus délicate encore de la chirurgie gastro-intestinale exigea plus de temps encore, et les premières pylorectomies de Péan et de Billroth, le célèbre chirurgien viennois, durèrent jusqu'à 5 et 6 heures. Il en fut de même des premières opérations de myomectomie vaginale du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Nous arrivons donc à cette conclusion, basée sur des faits historiques, que les procédés de lenteur n'ont été adoptés en chirurgie que parce qu'on croyait en obtenir plus de sécurité. La durée excessive des opérations de cette époque doit être attribuée notamment à l'abus de l'hémostase préventive et du morcellement, qui ne sont que des méthodes détournées et incertaines.

On croyait alors que l'antisepsie était tout, et l'on pensait qu'à la condition d'observer rigoureusement la méthode de Lister, il y avait plus de sécurité à opérer lentement, à prendre tout son temps et à ne cheminer qu'avec prudence dans le champ opératoire.

Nous avons vu placer, il y a moins de 25 ans, au commencement de certaines ovariotomies, 10 ou 15 pinces hémostatiques

sur les artérioles et les veinules sous-cutanées, de telle sorte qu'il fallait 15 à 20 minutes avant d'ouvrir le péritoine, c'est-à-dire avant de commencer l'opération proprement dite.

Beaucoup de chirurgiens mettaient alors plus d'une heure à faire une amputation, y compris naturellement l'hémostase et les sutures.

On ne peut donc pas s'étonner de cette durée presque incroyable de six heures pour les premières pylorectomies et pour certaines hystérectomies vaginales par morcellement. En effet, il est évident qu'un chirurgien qui a besoin de 50 à 60 minutes pour terminer une amputation, ne pourra terminer qu'au bout d'un certain nombre d'heures une résection du pylore.

Lorsque j'ai protesté au premier congrès international de gynécologie, à Bruxelles, en 1892, contre la durée excessive de certaines opérations, le but que je poursuivais n'a pas été compris de tous. On a voulu assez généralement n'y voir qu'un besoin injustifié de mettre en avant une virtuosité opératoire absolument inutile. Mon but était tout autre : il importe peu pour le

patient qu'une amputation de jambe ou de cuisse se prolonge vingt ou trente minutes. Mais il est évident que le chirurgien capable de faire vite et bien une néphrectomie ou une pylorectomie terminera en beaucoup moins de temps encore une amputation.

Je soutenais donc simplement cette thèse, qu'il n'est pas indifférent de prolonger à l'excès les interventions difficiles de la chirurgie abdominale, et que ces opérations ne guérissent bien que si elles sont faites à la fois avec une technique irréprochable et en un temps aussi court que possible. J'ai voulu démontrer qu'on ne pouvait pas opérer à la fois vite et bien sans une longue éducation manuelle et que, pour acquérir une virtuosité suffisante dans les opérations les plus longues et les plus délicates, il fallait d'abord devenir un opérateur de premier ordre en chirurgie courante.

De même que le chirurgien qui ne sait pas terminer en moins d'une heure une amputation sera presque fatalement un opérateur très médiocre en chirurgie abdominale, de même un chirurgien rompu à la technique de la pylorectomie et de

l'hystérectomie se fera un jeu d'une amputation et la terminera vite et bien en très peu de temps. La main qui est habile pour un genre d'opération est capable de les faire toutes aussi bien.

Le seul objectif du chirurgien doit être la guérison du patient. Il s'agit donc aujourd'hui, puisqu'il ne saurait plus être question de discuter l'antisepsie, de choisir les méthodes susceptibles de donner le plus grand nombre de succès.

Or il est indiscutable que les plaies opératoires guérissent d'autant mieux, l'asepsie étant absolue, qu'elles ont été moins contusionnées au cours de l'intervention ; il y a donc avantage à détacher vite la partie malade que l'opération doit supprimer et à consacrer la majeure partie du temps total à l'hémostase et à la réparation de la plaie.

Une hystérectomie abdominale, telle que la faisait Martin, le célèbre gynécologue allemand, en 1892, durait environ, pour les cas les plus rapides, trente minutes. Martin opérait par la méthode de l'hémostase préventive, c'est-à-dire par une méthode très analogue de celle de Péan, avec

cette différence essentielle que Péan appliquait partout des pinces et coupait entre deux pinces pour ne faire les ligatures qu'à la fin de l'opération, tandis que Martin faisait des ligatures de proche en proche et coupait au-dessous de chaque ligature. Dans sa technique de l'hystérectomie abdominale, Martin n'arrivait donc à détacher complètement l'utérus fibromateux qu'après avoir placé de chaque côté dix ou vingt ligatures successives ; et comme il ne plaçait ses ligatures que du côté du ligament large, les aides devaient éponger sans cesse le sang qui refluait par les orifices vasculaires demeurés béants du côté de la tumeur. Avec cette technique, Martin ne pouvait pas arriver à détacher entièrement l'utérus fibromateux en moins de 20 à 25 minutes, et quand l'utérus était enlevé, il fallait encore compléter l'hémostase, qui était le plus souvent insuffisante. Il ne restait plus au chirurgien, pour montrer que son opération ne durait pas un temps très long, qu'une ressource, celle de hâter et de précipiter le temps le plus important pour la guérison du patient, le traitement du

péritoine pelvien et la fermeture du ventre. Après une telle opération, les ligaments larges et le tissu cellulaire pelvien, contusionnés par toutes les manœuvres destinées à placer ces ligatures multiples et aveugles, se trouvaient chargés de 30 à 40 ligatures de soie ou de catgut, qui pour la plupart s'éliminaient ultérieurement par le vagin.

Attaquez au contraire immédiatement les espaces conjonctifs connus, limitez les ligatures aux troncs principaux : vous ne ferez que très peu de dégâts, vous ne perdrez pas de sang et les tissus du champ opératoire, nettement sectionnés, seront prêts pour la réparation.

Comparons, comme je l'ai déjà fait dans ma technique chirurgicale, en 1897, à la technique de l'hystérectomie abdominale, enseignée par Martin en 1892, la technique de la même opération, telle que je la pratique avec quelques modifications de détails depuis cette époque : on remarquera que l'ablation de l'utérus fibromateux par la méthode de Martin exige 20 à 25 minutes et 20 à 40 ligatures, tandis que la même ablation totale de l'utérus, par ma mé-

thode, se fait en 3 ou 4 minutes et n'exige que de 4 à 6 ligatures. Si nous passons à la seconde partie de l'opération, le traitement du péritoine pelvien et la fermeture du ventre, nous remarquerons que Martin terminait ces deux temps, les plus importants pour la guérison du patient, en moins de 10 minutes, tandis que, par ma technique, la réparation du champ opératoire, pour une même durée totale de 30 minutes, est faite avec beaucoup plus de prudence et de sécurité, et me demande de 20 à 25 minutes. Cet exemple est très démonstratif.

Il se trouve ainsi que j'ai été accusé d'opérer trop vite, parce que j'enlevais vite la tumeur, tandis que je faisais au contraire avec beaucoup plus de soin que la plupart des autres chirurgiens l'hémostase et la réparation du champ opératoire.

C'est que dans cette discussion si passionnée sur les procédés de lenteur et sur les procédés de vitesse en technique opératoire, on a omis généralement de remarquer que la plupart des opérations de grande chirurgie comprennent deux temps bien

distincts : le premier, l'*exérèse,* qui consiste à détacher la partie malade ; le second, *la réparation.*

Or, pour terminer une opération vite et bien, ce qui correspond à donner au patient toutes les chances de succès, il faut enlever rapidement la partie malade et consacrer au contraire tout le temps nécessaire à la réparation du champ opératoire.

Le premier acte de l'opération doit durer peu de temps, non pas parce que le chirurgien se hâte, mais parce qu'il sait supprimer de sa technique toutes les manœuvres inutiles. Suivez les interstices celluleux, atteignez d'emblée les principales attaches de la tumeur ou de l'organe qu'il faut extirper : són ablation sera faite très vite et avec une perte de sang insignifiante, et la réparation du champ opératoire se trouvera elle-même beaucoup abrégée.

Nous venons d'envisager les opérations qui comportent deux actes successifs bien distincts, le premier, l'*exérèse,* le second la *réparation* du champ opératoire. Mais il y a des opérations qui ne comportent qu'un de ces deux actes : par exemple l'ablation

rapide des polypes naso-pharyngiens par ma méthode d'abrasion de l'apophyse basiliaire. D'autres opérations au contraire, comme la plupart des autoplasties, comprennent à peu près exclusivement des manœuvres de *réparation* et sont des opérations de lenteur.

Les opérations chirurgicales se divisent ainsi en trois catégories : 1° les opérations qui comportent deux actes successifs, l'*exérèse* et la *réparation ;* 2° les opérations limitées à l'*exérèse ;* 3° les opérations *plastiques*, qui sont limitées à la *réparation*.

Il ne saurait donc être question de discuter aujourd'hui entre les procédés de vitesse et les procédés de lenteur, *envisagés en général :* les controverses de ces dernières années ont abouti à cette conclusion essentiellement pratique, que l'*exérèse* devait être faite aussi simplement *que possible*, tandis que la *réparation* exige la minutie la plus rigoureuse.

Envisageons d'abord l'*exérèse :* s'agit-il d'une tumeur, le néoplasme est isolé en profitant des interstices celluleux anatomiquement connus, les vaisseaux sont pincés et liés au voisinage du point d'implantation.

S'agit-il d'une amputation, on emploiera pour l'hémostase temporaire la compression digitale, afin de diminuer le nombre des ligatures, qui se trouve toujours plus que doublé après une application prolongée de la bande d'Esmarch.

Il ne faut guère que 30 secondes à un opérateur habile pour faire tomber une cuisse ; un bon chirurgien peut amputer le membre en 2 à 5 minutes au maximum.

L'avantage des procédés rapides pour tout ce qui concerne l'*exérèse* est considérable : la perte de sang est réduite au *minimum* possible, et le champ opératoire est net et prêt à la réunion, de telle sorte que la réparation peut se faire en prenant tout le temps nécessaire, sans que la durée totale de l'opération soit considérable.

Il nous faut encore faire justice de ce préjugé, que mes procédés rapides d'exérèse consistent à se *presser*. Il y avait là une critique trop facile de la part des collègues qui ne voulaient pas comprendre. Ce n'est pas en *se pressant* que l'on diminue la durée du temps d'exérèse, car si l'on *se presse*, il est bien à craindre qu'une manœuvre imprudente ne vienne augmenter la durée

de ce temps et par suite de toute l'opération, en occasionnant des dégâts parfois irrémédiables.

Le peu de durée de l'acte d'*exérèse* dépend uniquement de la *simplification de la technique.*

C'est la loi du temps : *la ligne droite est le plus court chemin d'un point à un autre.*

Le cinématographe démontre admirablement les propositions que je viens de développer. Suivez sur l'écran lumineux l'ablation totale d'un utérus fibromateux par la laparotomie, ou bien une amputation de cuisse, telles que je les pratique : vous remarquerez que l'opération dure très peu de temps, non pas parce que je me hâte, mais parce que je ne fais aucun mouvement, aucun geste superflu.

Ces opérations où l'acte d'exérèse ne dure que quelques minutes ne laissent voir aucun mouvement précipité, aucune préoccupation du temps. Chaque geste est simple et précis, mais il est suivi de l'effet demandé et jamais la main ne répète une manœuvre parce que le premier geste avait été inefficace.

Passons au second acte de l'intervention,

la *réparation :* une partie de ce temps est visible sur une de mes pellicules d'hystérectomie abdominale totale, où l'on voit le commencement de la suture du péritoine pelvien. Vous jugerez sur l'écran que cette suture est faite avec une méthode et une précision telles que sa durée est très courte quand elle ne présente pas de difficultés spéciales.

L'étendue considérable des déchirures séreuses et le peu de mobilité du péritoine pelvien viennent-elles compliquer sa réparation, ce temps pourra durer 10, 15 ou 20 minutes, et il ne saurait être question de chercher à le raccourcir par une hâte intempestive, puisque c'est de cette réparation que dépend directement la vie de la malade.

La qualité majeure du chirurgien demeure donc l'habileté manuelle, puisque le chirurgien qui ne la possède pas ne peut pas être maître de lui. Qu'importerait de préciser le diagnostic et l'indication opératoire, si *la main* était incapable de bien opérer.

Tous ces exemples confirment cette conclusion qu'il ne saurait plus être question, en chirurgie, de discuter si l'on doit préférer

les procédés *de lenteur* aux procédés *de vitesse* ou réciproquement.

Il faut *opérer vite* quand il y a avantage à extirper rapidement la partie malade, et quand cette extirpation rapide ne comporte aucun danger pour le patient.

Il faut exécuter *avec précision* et par conséquent avec tout le soin et *toute la lenteur* exigibles les temps délicats, dont la réussite dépend d'une technique impeccable.

En général, tout ce qui concerne l'*exérèse* doit être fait vite et simplement, en suivant la méthode que j'ai nommée *la méthode anatomique*. Supposez une ablation du sein et de ganglions axillaires, dans un cas où la tumeur est mobile ; circonscrivez le néoplasme par deux incisions curvilignes aboutissant au sommet de l'aisselle, abordez par l'incision supéro-interne le grand pectoral, mettez-le à nu, atteignez le petit pectoral, puis la paroi costale, et la face profonde du grand dorsal. Il ne reste plus qu'à détacher le lambeau cutané inférieur et externe : la masse, qui comprend à la fois le sein et le paquet ganglionnaire, ne tient plus qu'en haut, au niveau du fais-

ceau vasculo-nerveux, dont on la sépare en quelques instants. Nous sommes loin de ces amputations du sein avec curage de l'aisselle, où l'on allait énucléer péniblement et un à un avec l'index les ganglions profonds ; l'opération, telle qu'elle doit être faite, est une dissection de la partie extérieure et du bord du grand et du petit pectoral, une véritable préparation anatomique des parois du creux de l'aisselle et du faisceau vasculo-nerveux. Vous suivez du bistouri les limites de la région, et la masse du sein vous vient dans la main avec le paquet ganglionnaire. L'*exérèse* terminée, il faut alors prendre le temps nécessaire pour faire avec soin l'hémostase, les sutures et le drainage.

En chirurgie gastro-intestinale, le temps de l'exérèse est particulièrement délicat. Il est nécessaire de prendre les précautions les plus minutieuses pour prévenir la moindre issue du contenu gastro-intestinal. Ce temps de l'exérèse est singulièrement simplifié par l'emploi de ma technique de l'écrasement extra temporané, avec ligature dans le sillon de l'écraseur, cette ligature étant complétée, pour le calibre de

l'intestin, par l'exclusion du moignon hors du péritoine, sous une double suture en cordon de bourse. Les opérations gastro-intestinales rentrent donc, même pour le temps de l'exérèse, parmi les opérations qui exigent une *lenteur relative*, et c'est dans ces interventions surtout que l'excellence des résultats dépend de l'habileté manuelle du chirurgien.

Nous avons déjà vu que certaines opérations consistent dans le seul acte d'*exérèse* tandis que d'autres, comme les opérations plastiques, ne consistent qu'en *une réparation.* Les premières sans exception doivent se faire vite, tandis que les autres exigent du temps.

Parmi les opérations d'*exérèse* qui doivent être faites vite et simplement, nous citerons brièvement les *ouvertures d'abcès*, l'*empyème* avec ou sans résection costale, l'*extirpation des polypes naso-pharyngiens*, et même la *craniectomie temporaire* où, quand le crâne est très vasculaire, le seul moyen de ne pas perdre beaucoup de sang est d'aller très vite.

Au contraire, les *opérations plastiques*, la cure *des fistules intestinales ou vagi-*

nales sont sans exception des opérations de lenteur par rapport aux premières. Mais il est évident que les chirurgiens très habiles de leurs mains feront ces opérations délicates à la fois avec plus de perfection et avec une rapidité relative.

Nous avons vu qu'il faut ranger parmi les opérations de *lenteur* les opérations sur l'estomac et sur l'intestin, parce que la moindre faute de technique peut occasionner dans ces cas des accidents irrémédiables. Il n'en est pas moins vrai que tout en exigeant d'être faites avec méthode et précision, ces opérations réclament du chirurgien une virtuosité suffisante pour les réduire à une durée compatible avec la sécurité du patient.

Il en est de même des opérations de ligature d'artères, par exemple la ligature de la linguale, de la carotide externe, de l'hypogastrique ; ces opérations rentrent dans la classe des opérations délicates et par conséquent des opérations de *lenteur :* elles peuvent être cependant terminées en très peu de temps par une main expérimentée.

Nous avons vu que les ablations de tumeurs et les amputations appartiennent

presque toutes, à l'exception des opérations sur l'estomac et l'intestin, à la catégorie des opérations où l'acte d'*exérèse*, c'est-à-dire la séparation de la partie malade, doit être fait vite et simplement, tandis que le second temps, la *réparation* du champ opératoire, doit être faite avec une *lenteur* relative, puisque la perfection de ce temps est un des principaux facteurs de la guérison.

On ne saurait donc plus soutenir cette thèse, que la *vitesse* en technique opératoire est *dangereuse*. Le mot *vitesse* en effet ne doit pas être pris dans le sens de *précipitation*.

Un chirurgien qui fait péniblement en trois heures une pylorectomie aura des résultats inférieurs à tel de ses collègues, qui sait terminer vite et bien la même opération en 50 minutes.

La durée excessive des opérations aboutit à ce double résultat : 1° de contusionner inutilement les tissus et les organes qui limitent le champ opératoire et dont l'intégrité est nécessaire à une bonne réunion : 2° de compromettre l'existence du malade en déculpant les risques d'infection et le choc opératoire.

En aucun cas le chirurgien ne doit se *hâter*, dans le sens strict du mot.

Hâtez-vous lentement, a dit le poète.

Supposons qu'il survienne tout à coup une hémorragie inquiétante, ce n'est pas en précipitant les mouvements et en multipliant des manœuvres d'hémostase inconsidérées que l'on vient à triompher du danger. Dans ces cas difficiles, le chirurgien véritablement sûr de lui sait demeurer calme ; il comprime un instant avec le doigt le vaisseau blessé, il éponge, lâche le vaisseau et s'y reprend à trois ou quatre fois s'il est nécessaire pour juger exactement d'où vient le sang. La pince doit être placée du premier coup sur le vaisseau béant. Avec huit ou dix gestes précis et pondérés, qui demandent en tout 2 ou 3 minutes, l'hémorragie est arrêtée, sans perte de sang appréciable. Pressez-vous, précipitez les mouvements, cherchez à pincer le vaisseau avant d'avoir vu nettement l'orifice, vous le manquerez, et il n'est pas certain que vous serez venu à bout de l'hémorragie au bout de 8 à 10 minutes, après avoir compromis la vie du patient.

Les succès en chirurgie dépendent, à

observation égale des règles de l'antisepsie, de la *meilleure technique*, et la qualité majeure du chirurgien est de savoir exécuter chaque manœuvre avec toute la *simplicité* et avec toute la *précision* désirables.

Il faut savoir énucléer en 10 secondes un gros polype naso-pharyngien, comme il faut savoir passer une heure à la réparation d'une fistule vaginale de l'uretère.

Il faut savoir exécuter en peu de temps les manœuvres précises et bien réglées que comporte l'acte de l'*exérèse ;* il faut savoir s'attarder aussi longtemps que l'exige la sécurité du patient aux manœuvres délicates que comporte la réparation parfaite du champ opératoire.

L'avenir en chirurgie appartiendra aux plus habiles, à ceux qui possèderont la meilleure technique.

Les suites immédiates de l'opération. Variations de la douleur d'un sujet à l'autre.

En un mot, le chirurgien doit terminer chaque opération comme il voudrait qu'elle le fût s'il était lui-même le patient.

L'opération terminée, le chirurgien pro-

cède au pansement. Le pansement ne doit pas nous arrêter; il nous suffira de signaler qu'il doit être aseptique et qu'il faut le protéger d'autant mieux contre toute contamination extérieure qu'il y aura probabilité d'un suintement séro-sanguinolent abondant. Dès que le pansement est appliqué, le malade est transporté dans sa chambre et placé sur son lit. Il est rare qu'il reprenne connaissance auparavant. Lorsque l'opéré ouvre les yeux après une intervention d'une certaine durée, il est d'ailleurs dans un état de torpeur relative et ne sait pas si l'opération est terminée. Bientôt après, il reprend conscience de lui-même et de ce qui l'entoure. L'état psychique de l'opéré, au moment où il se réveille du sommeil anesthésique, est très variable et correspond très souvent à ce qu'il était avant l'opération. Un malade qui s'est fait opérer avec confiance et sans hésitation est en général très calme dans les suites immédiates de l'opération. S'il souffre, il sait endurer la douleur, et ne réclamera une injection de morphine qu'à la dernière limite. La souffrance dont se plaignent les malades après les opérations

est une sensation toute subjective: elle varie considérablement, pour des opérations en apparence identiques, d'un sujet à l'autre.

Ces variations de la *douleur* d'un sujet à l'autre correspondent aux divers degrés d'excitabilité du système nerveux. J'ai déjà cité ces fameux grenadiers du premier empire qui étaient capables de subir une amputation sans sourciller, en fumant leur pipe. J'ai vu un vieux paysan qui habitait à plusieurs kilomètres venir à pied, l'index brisé et presque complètement arraché. Sur ma question: « vous avez dû souffrir ? » Non, répondit le vétéran, cela ne fait pas de mal. Un an plus tard, j'étais appelé auprès du même vieillard qui, ayant à peu près perdu la vue, était tombé du haut d'une échelle à laquelle il était resté suspendu par la jambe droite. Les os étaient fracturés et les chairs très contusionnées. Il me dit encore qu'il ne souffrait pas.

Il est facile d'apprécier ces variations de la douleur suivant les sujets en prenant comme points de comparaison les suites opératoires de plusieurs opérations typiques, par exemple l'opération de l'appen-

dicite à froid, l'ovariotomie, l'hystérectomie vaginale avec pinces à demeure.

L'ablation de l'appendice faite à froid, l'ovariotomie, sont des opérations qui ne causent presque pas de souffrance. L'opéré ressent pendant les premières heures une certaine cuisson le long de la ligne de réunion, mais cette douleur locale est très supportable et exige rarement chez les personnes calmes une médication analgésique. Certains malades cependant gémissent et se plaignent pitoyablement dès qu'ils sont réveillés du sommeil chloroformique et j'ai pu me convaincre par de nombreuses observations que ces malades souffrent réellement. Il est donc absurde de dire à une personne qui se plaint : « vous ne devez pas souffrir, cette opétion ne fait pas de mal. » La douleur est une sensation toute subjective et il en est de la douleur physique comme de la douleur morale. On ressent l'une ou l'autre avec plus d'acuité suivant les circonstances de la vie, suivant l'état moral où l'on se trouve au moment où la douleur survient.

Il est bien connu que les vieillards voient s'émousser sensiblement à la fois leur sen-

sibilité physique et leur sensibilité morale.

Les centenaires, si bien étudiés par M. Metchnikoff, sont presque indifférents à tout ce qui les entoure. Le genre de vie influe également sur la sensibilité. Les personnes qui se sont adonnées toute leur vie à un travail manuel très pénible sont en général très peu sensibles à la douleur et l'on constate le plus souvent chez elles une indifférence assez accentuée devant tous les événements susceptibles d'affecter leur sensibilité morale. Certaines personnes calmes deviennent sensibles à la suite de longues souffrances et d'un affaiblissement prolongé ; la sensibilité à la douleur physique et la sensibilité à la douleur morale se trouvent marcher de pair presque sans exceptions; elles s'atténuent ou s'exaltent toutes les deux à la fois. Les personnes calmes et énergiques savent résister à la douleur et souffrent en réalité beaucoup moins que les personnes nerveuses et irritables. La sensibilité de la douleur peut ainsi varier considérablement, pour une même personne, à diverses périodes de l'existence. Tel d'entre nous, très dur à la souffrance, deviendra à un moment donné craintif et

pusillanime, à la suite de circonstances et de maladies susceptibles de provoquer chez lui une profonde dépression physique et morale.

J'ai cité parmi les opérations qui permettent au chirurgien de juger les variations individuelles de la douleur l'hystérectomie vaginale avec pinces à demeure, parce que l'application des pinces à demeure est de nature à occasionner de vives douleurs, soit par leur seule présence, soit par le déplacement de ces instruments au moindre mouvement de la malade Or, il nous arrive à chaque instant de voir, après une de ces opérations très laborieuse et très pénible, certaines femmes ne pas se plaindre parce que réellement elles ne souffrent pas, tandis que d'autres gémissent jusqu'à ce qu'on ait enlevé les instruments.

Il en est de même lorsqu'il s'agit d'extraire d'une plaie traitée par le tamponnement la compresse qui a été placée au moment de l'opération. Supposons un cas d'appendicite suppurée où la plaie a dû rester ouverte pour permettre à la suppuration de s'écouler au dehors. Les compresses introduites dans la plaie à la fin de l'opération

sont adhérentes aux parois du foyer; malgré l'action bienfaisante de l'eau stérilisée, additionnée d'eau oxygénée au cinquième, l'ablation de ces compresses n'est pas sans occasionner une certaine souffrance.

Cependant, à côté des malades pusillanimes qui ne peuvent supporter ce premier pansement sans jeter des cris aigus, combien ne voyons-nous pas de personnes de tout âge, même des enfants, qui se laissent panser sans se plaindre et sans accuser une douleur très appréciable. Il est vrai que les malades très irritables commencent à crier avant l'approche de la main ou des instruments; vient-on à prendre des ciseaux pour retrancher une partie de la compresse du tamponnement, ils crient comme si, au lieu de couper la compresse, on les tailladait eux-mêmes en pleine chair.

Ces variations infinies de la douleur après les opérations m'ont amené à cette conclusion, que chaque malade doit être traité d'après les symptômes observés et que l'administration des calmants doit varier pour chaque malade.

L'inflammation est une des causes principales de la douleur.

Il ne sera pas inutile de faire comprendre pourquoi les opérations aseptiques ne causent généralement que très peu de douleur.

Lorsque les sutures ne tiraillent pas la ligne de réunion, c'est à peine si un sujet robuste ressent à ce niveau une légère cuisson.

Cette sensation de cuisson s'atténue très vite et la cicatrisatiom complète peut survenir sans aucune souffrance réelle. Survient-il au contraire immédiatement un peu de suppuration, la région devient chaude, douloureuse et se trouve le siège de battements qui correspondent aux pulsations artérielles. La douleur est la conséquence de l'hyperesthésie de toutes les terminaisons nerveuses voisines. Dès que la suppuration a cessé, la douleur disparaît. L'action de l'inflammatoin microbienne comme cause de la douleur est plus évidente encore lorsqu'on s'est fait au doigt une piqûre accidentelle. J'ai eu la main traversée par un poinçon d'acier très effilé;

cet accident n'a pas été douloureux ; au bout de deux jours, je ne sentais plus la blessure. S'il me survient au contraire, à l'extrémité d'un doigt, une piqûre accidentelle, et si cette piqûre devient douloureuse, je fais une cautérisation immédiate avec un fil de platine rougi. Cette brûlure minuscule, en détruisant le foyer infectieux microscopique, fait immédiatement disparaître la douleur.

Une simple cautérisation avec une fine aiguille de platine, au centre d'une piqûre de moustique, enlève la sensation de prurit insupportable de cette piqûre venimeuse. La cautérisation n'est suivie en pareil cas d'aucune douleur appréciable due à l'action du calorique, et elle fait disparaître, en détruisant le virus ou le poison irritant, la douleur inflammatoire, qui est souvent très vive, bien que le foyer soit à peine perceptible à l'œil nu. C'est ainsi que les plaies aseptiques et protégées contre tout contact irritant sont rarement douloureuses.

Quelques exemples vécus ne seront pas sans intérêt pour compléter l'analyse de ce symptôme tout subjectif : la douleur.

Il est bien connu que l'instantanéité d'un traumatisme paralyse toute sensation de douleur. Le militaire frappé dans l'action ne ressent qu'un choc plus ou moins violent et s'aperçoit tout à coup que le sang coule ; un passant, frappé inopinément dans la rue d'un coup de couteau dans le ventre, continue à marcher et ne s'aperçoit de sa blessure qu'au bout de quelques pas. Si le choc est assez violent pour déterminer une perte complète de connaissance, l'amnésie peut remonter aux instants qui ont précédé l'accident. Un de mes amis, se trouvant emballé à la descente d'une côte, dans une voiture conduite par un de ses camarades, fut précipité avec lui sur un chariot qui obstruait la route. On le releva sans connaissance : son premier mouvement fut de chercher son lorgnon, qui était brisé. Il était blessé aux mains et au visage et dut marcher dix minutes pour être conduit dans un abri. Ce n'est que quelques minutes plus tard qu'il se rappela les circonstances de l'accident, mais il lui fut impossible d'avoir le moindre souvenir de ses sensations dans les cent derniers mètres de cette course fatale, qui

coûta la vie à son camarade. Projeté moi-même à près de douze mètres, en pleine nuit, par suite de la rencontre de mon automobile avec un chargement de gros arbres, et demeuré sans connaissance, j'eus conscience de l'accident au moment précis où je revins à moi, couché sur l'herbe, au bord de la route. J'étais couvert de sang et contusionné, ce qui ne m'empêcha pas de donner mes soins au charretier qui avait occasionné l'accident par sa négligence. Cet homme avait eu la jambe droite brisée par son chargement, sous lequel il avait dû tomber, et perdait du sang en abondance. Je demeurai debout de deux à sept heures du matin, et ce n'est qu'à dix heures du matin, arrivé à destination, que je m'aperçus de diverses blessures assez douloureuses, notamment une entorse du pied gauche, une contusion du genou et de la hanche gauches, une plaie profonde de la région fessière et une luxation de l'extrémité externe de la clavicule gauche.

Il est certain que les personnes tuées à la guerre ou dans les accidents brusques ne ressentent aucune douleur, puisque toute

perception disparaît avec la vie. J'ai souvent interrogé des blessés échappés à la mort comme par miracle ; aucun d'eux n'a pu se souvenir d'une sensation quelconque de douleur.

Un de ces blessés, qui eut les deux jambes broyées entre les banquettes dans une collision de trains de chemin de fer, ne s'aperçut qu'au bout de quelques instants, parce qu'il ne pouvait pas se dégager, que ses jambes étaient serrées entre les débris du wagon, et il ne commença à souffrir qu'un peu plus tard.

Beaucoup de personnes s'exagèrent ainsi considérablement les souffrances ressenties dans certains traumatismes aussi bien qu'à l'occasion des opérations chirurgicales.

J'ai été anesthésié trois fois, d'abord au chloroforme, plus récemment au chlorure d'éthyle. L'inhalation du chlorure d'éthyle est beaucoup moins désagréable que celle du chloroforme. J'en avais déjà étudié les effets à diverses reprises, afin de mieux savoir l'employer sur mes malades. Le jour où je me suis fait opérer de l'appendicite, je me suis anesthésié moi-même

dans ma salle d'opérations, après avoir vérifié que tout était prêt. J'ai si bien senti le moment où je perdais toute notion de l'extérieur que j'ai dit : « encore dix secondes et commencez ». Le Dr Biousse, mon assistant, versa alors un peu de chloroforme dans la compresse. Le Dr Roussel, de Reims, mon élève et ami, qui avait bien voulu se charger de l'opération, prit le bistouri et incisa la peau : j'étais insensible. Douze mnutes après, j'étais pansé et reconduit dans mon lit, où je repris mes sens, constatant que je souffrais à peine. Aussi fus-je surpris lorsque le Dr Roussel me dit qu'il avait dû laisser la plaie ouverte et profondément tamponnée de trois compresses. Je n'éprouv aini nausées ni vomissements, et si je fais abstraction d'une contracture inflammatoire du psoas iliaque qui me dura plus de quatre semaines, je n'ai éprouvé du fait même de l'opération aucune douleur comparable aux douleurs que m'avait occasionné le travail phlegmasique. Seule, l'ablation des compresses fut assez pénible parce que le tamponnement était profond ; je la fis moi-même au bout de quelques jours et la plaie ne fut jamais

douloureuse parce qu'elle demeura suffisamment aseptique.

Etat de l'opéré au réveil de l'anesthésie.

Dès que le patient a ouvert les yeux et repris connaissance, il faut le laisser dans un calme absolu. S'il ne se trouve pas dans un degré de faiblesse extrême qui oblige à une surveillance incessante et à une médication spéciale, injections sous-cutanées de sérum artificiel, de caféine, ou d'huile camphrée par exemple, il faut laisser la chambre dans une demi-obscurité.

Lorsqu'une personne de la famille tient à rester auprès du malade, on ne tolérera sa présence qu'autant qu'elle obéira à toutes les prescriptions du chirurgien. La personne qui surveille le malade dans les suites immédiates de l'opération doit tâter le pouls de temps à autre, écouter la respiration et s'assurer, dans certains cas, qu'il n'y a pas d'hémorragie.

Lorsque l'opéré dort paisiblement, il faut le laisser dormir et ne pas le réveiller inconsidérément. Il suffit de le prévenir

qu'il ne doit pas faire attention si on lui tâte le pouls.

Si l'on observe, au contraire, des signes de souffrance et d'irritabilité nerveuse, il faut administrer sans retard, en injection sous-cutanée, un demi-centigramme de chlorydrate de morphine. La seule contre-indication formelle à l'emploi de la morphine est la probabilité d'un état défectueux de la fonction rénale. On peut administrer en pareil cas de petits lavements de chloral. En toute autre occurrence la morphine est le remède par excellence, à la double condition de ne l'administrer qu'à petites doses et de ne multiplier les injections que suivant la résistance vitale de chaque sujet. Le calme le plus grand est de rigueur après chaque injection de morphine, et ce calme absolu favorise l'action du médicament, qui agit ainsi plus vite et d'une manière plus durable. Il faut donc avoir à sa disposition, pour surveiller les suites immédiates des opérations graves, des gardes expérimentées, capables d'avertir le médecin de service à la moindre alerte et d'exercer sur le malade une influence salutaire. La garde doit avoir une autorité suffisante pour

conquérir la confiance du malade ; elle doit savoir tout observer et parler peu ou point.

L'isolement de certains malades est d'autant plus difficile à obtenir que les personnes très nerveuses sont bien souvent telles parce qu'elles ont vécu dans un milieu irritable et surexcité, de manière que ce sont précisément les malades dont l'état réclame le calme le plus absolu dont la famille aurait le plus de tendance à intervenir d'une manière inopportune.

Si l'influence du moral est importante avant l'opération, elle l'est encore davantage pendant ses suites immédiates. Il est démontré que les malades énergiques et qui *veulent guérir* sont doués d'une résistance vitale beaucoup plus grande que les malades déprimés et indifférents à la vie.

Le rôle du chirurgien après l'opération.

Le rôle du chirurgien est donc loin d'être terminé avec l'opération et son influence morale sera prépondérante sur les suites post-opératoires.

L'autorité du chirurgien et en son ab-

sence l'autorité du médecin de garde doivent être absolues. Il est des circonstances où le devoir du médecin est de se substituer à la famille, lorsque celle-ci est absente, par exemple s'il survient, pendant les suites immédiates d'une opération grave, des lettres urgentes, des télégrammes à l'adresse de l'opéré. Je me souviens d'un cas où il s'agissait d'une opération abdominale très grave et où la vie de la malade se trouvait menacée pendant plusieurs jours ; un télégramme arrive : J'ai la bonne idée de déchirer l'enveloppe et je lis : « Henriette décédée. » Cette Henriette était la sœur de l'opérée et la poste avait transmis « décédée » au lieu de « décidée ». Le télégramme annonçait simplement que la sœur de la malade était décidée à se rendre auprès d'elle. Jugez des complications qui auraient pu survenir si cette femme, alors en grand danger, avait reçu cette dépêche, lui annonçant brutalement la mort de sa sœur.

La famille félicita l'infirmière d'avoir eu la prudence de conserver le télégramme et de me demander si elle devait le remettre à la destinataire. Le chirurgien doit avoir ainsi, après l'opération, la direction absolue

de tout ce qui concerne le patient ; si la famille est absente, il doit se substituer à elle, quel que soit le cas. N'est-il pas lié par le secret professionnel, ce devoir et cette prérogative à la fois de la profession médicale ? Celui qui vient de disposer de la vie d'un être humain peut sans inconvénient ouvrir un télégramme dont le contenu, bien qu'urgent, ne saurait être communiqué immédiatement au patient.

La période pendant laquelle un opéré reste en danger est très variable. Si le champ opératoire est aseptique, toute crainte est le plus souvent écartée au bout de deux ou trois jours ; si le champ opératoire est au contraire infecté, par exemple dans les cas d'infection biliaire ou de suppuration profonde, la situation peut demeurer inquiétante pendant plusieurs semaines.

Le chirurgien doit ainsi se tenir au courant des moindres incidents, il doit limiter le nombre des visites que reçoit l'opéré et veiller à ce que rien ne vienne entraver la guérison.

Il y a quelques mois, une personne étrangère était en traitement à ma clinique pour une péritonite appendiculaire des

plus graves ; elle était à peine hors de danger qu'on reçut un télégramme annonçant que son frère venait de succomber à la même maladie. Cette triste nouvelle ne lui fut apprise qu'au bout de plusieurs semaines.

Une émotion trop vive peut provoquer chez un malade encore faible un contre-coup fâcheux et susceptible d'entraver sensiblement la guérison.

Une anecdote encore récente montre quelle est l'importance de la discrétion professionnelle et de l'isolement des malades dans les cas où leur état moral exige de grands ménagements. On se souvient du bruit qui a été fait dans la presse à propos d'un certain lézard qu'une femme prétendait avoir avalé. Elle sentait l'animal s'agiter dans son estomac et se plaignait des plus vives souffrances. Un chirurgien eut l'ingénieuse idée de dire à cette femme qu'il *allait l'opérer*. Il fit une simple incision de la peau, suivie de suture. On montra à la malade un superbe lézard acheté chez un naturaliste, et on lui fit croire que c'était l'animal qu'elle avait autrefois avalé. La malade ne ressentit plus aucune douleur.

Mais cette aventure extraordinaire avait

été relatée dans tous les journaux ; le lézard, mis en bocal, fut promené dans tout le quartier. A peine la malade fut-elle de retour chez elle, une voisine bien intentionnée accourut lui montrer un journal et lui dit : « Ton lézard, c'est une farce, lis plutôt... » La malheureuse se mit à souffrir de plus belle. Cette tentative aurait peut-être réussi, démontrant une fois de plus la puissance de la suggestion ; mais il aurait fallu que la chose fût tentée dans le plus grand secret..... et le silence n'est pas du goût de tous les chirurgiens.

Les soins post-opératoires immédiats sont particulièrement difficiles à bien régler quand il s'agit de la femme ou du parent immédiat d'un médecin ; je ne dis pas *de tous les médecins*, car beaucoup de confrères, lorsqu'ils confient un des leurs à un collègue pour une opération grave, lui laissent toute la direction, toute la responsabilité du cas. Mais il n'en est pas toujours ainsi; certains médecins, très calmes et très pondérés en général, se trouvent, si l'on opère un des leurs, dans un tel degré de surexcitation qu'ils exigent de demeurer eux-mêmes, jour et nuit, auprès du patient,

et le fatiguent autant par leur nervosité que par les nombreux médicaments qu'ils veulent administrer. La situation du chirurgien est très délicate en pareil cas.

La Convalescence.

Dès que l'opéré est hors de danger, ce qui arrive le plus souvent vers le 3e ou le 4e jour, la surveillance n'est plus aussi étroite, et l'on peut autoriser quelques visites. Il ne faut pas oublier cependant que les visites prolongées et répétées fatiguent beaucoup les convalescents. Plus l'état de maladie est grave et prolongé, et plus le malade, au moment où il entre en convalescence, se trouve absorbé par le sentiment de son retour à la vie.

Le convalescent est donc, pendant les premiers temps, presque uniquement préoccupé de lui-même et de tout ce qui peut concourir à son bien-être; il est par conséquent assez indifférent à la plupart des événements qui peuvent intéresser les personnes bien portantes et appelées à le visiter. Laissez aux convalescents la plé-

nitude de cette sensation inexprimable de bien-être qui préside à leur renaissance ; le souci de ce qui nous entoure leur reviendra bien assez vite. Il faut avoir éprouvé soi-même cette satisfaction de ne plus souffrir pour en comprendre tout le charme. On goûte alors, comme peut-être il n'était jamais arrivé de le faire, les délices de la campagne, la pureté de l'atmosphère, la transparence et le bleu du ciel sans nuages.

Si le convalescent peut se faire transporter l'été, à la campagne ou au bord de la mer, l'hiver, sur la Riviera, il se laissera doucement et insensiblement bercer par toutes ces sensations physiques délicieuses qui lui rendent petit à petit l'appétit, la force et l'énergie.

Pendant la convalescence, comme à toutes les périodes de la maladie, la seule préoccupation du médecin doit être de seconder les efforts de la nature, sans jamais les entraver par une initiative maladroite. Le rôle du médecin est ainsi bien souvent de savoir s'effacer, et d'observer avec attention, pour être prêt à intervenir activement s'il survient une indication précise.

Le chirurgien doit savoir donner aux convalescents de ses opérations des soins purement médicaux.

Une des préoccupations les plus importantes de l'homme de l'art doit être de régler l'alimentation et de la proportionner à l'appétit et aux besoins de chaque malade. Le chirurgien se trouve ainsi appelé à donner aux convalescents de ses opérations des conseils purement médicaux. Certains convalescents sont apathiques et n'ont aucune tendance à quitter le lit; d'autres feraient volontiers des excès d'alimentation et se mettraient sur pied avant que l'état de la plaie ne leur permette de le faire avec sécurité.

Le chirurgien et ses aides doivent imposer leur autorité aux uns pour les faire sortir de leur nonchalance, aux autres pour leur faire comprendre comment une minute d'imprudence pourrait compromettre le résultat de toute l'opération.

Il s'agit alors de supprimer les injections de morphine, si elles ont eu lieu pendant le traitement post-opératoire.

Habituellement les doses employées après les interventions chirurgicales sont tellement faibles que la cessation a lieu sans le moindre incident dès que le patient entre en convalescence.

Le retour à la santé.

L'époque du retour complet à la santé varie beaucoup d'un sujet à l'autre.

Le retour à la santé n'est complet que lorsque le malade a retrouvé à la fois l'énergie physique et l'énergie morale qu'il possédait auparavant. L'étude attentive des cas cliniques les plus différents permet de prévoir à peu près quelle sera, pour chaque opéré, l'époque probable de la guérison complète.

Un exemple vous fera comprendre quels sont les facteurs à envisager : une dame d'une cinquantaine d'années, mère d'une nombreuse famille, souffrait depuis plusieurs années d'une salpingite bilatérale qui avait altéré considérablement sa santé. Cette personne ne pouvait plus quitter sa chaise longue et avait presque entière-

ment perdu l'appétit. Elle fut opérée par la voie vaginale : l'opération se fit dans des conditions très favorables, et la cicatrisation eut lieu sans encombre.

La convalescence fut très longue et dura près de trois mois. Un an après, cette personne, qui était aussi vigoureuse et aussi active que dix ans auparavant, fut atteinte subitement, en pleine santé, d'obstruction intestinale par volvulus : je dus l'opérer, presque mourante, dans une chambre d'hôtel. En quelques minutes, je réduisis un volvulus de l'S iliaque, compliqué d'une bride péri-cœcale, et l'évacuation de l'intestin fut immédiate.

Les confrères appelés en consultation n'avaient pas manqué de laisser entendre à la famille que l'obstruction intestinale devait être une conséquence de ma première opération et qu'ils avaient souvent observé cette complication tardive après l'hystérectomie vaginale. Je leur fis constater leur erreur en leur montrant la cavité pelvienne libre de toute adhérence. Le volvulus avait été la conséquence d'une indigestion produite par une conserve de homard avariée. Dix jours après l'opéra-

tion, la malade se faisait porter sur une chaise longue et, au bout de trois semaines, elle se disait complètement rétablie.

Cette personne, très intelligente, me fit d'elle-même la remarque qu'après sa première opération, elle avait été au contraire très longtemps avant de reprendre ses forces. L'explication est très simple : lorsque les dangers de l'opération elle-même sont conjurés et qu'il n'y a eu aucune complication, l'état général du malade se retrouve à peu près ce qu'il était avant l'intervention.

La personne dont je viens de citer l'exemple était affaiblie depuis plusieurs années, lorsqu'elle a subi sa première opération. Cette opération n'a occasionné aucune perte de sang appréciable et a supprimé les parties malades, c'est-à-dire la cause de l'état de faiblesse; mais cet affaiblissement n'en existait pas moins, et, comme il était très accentué, la convalescence a été assez longue.

Au moment de la seconde opération, pour le volvulus, cette personne était au contraire dans la plénitude de ses forces : le cas était beaucoup plus grave, puisque

la mort pouvait survenir en 48 heures. Cette atteinte brusque et violente et l'opération qu'elle a nécessité n'ont eu cependant aucun retentissement profond sur l'organisme et ont passé presque inaperçues, puisque les personnes qui ont revu cette dame un mois après ne pouvaient pas se douter, à son aspect florissant, qu'elle venait de courir un tel danger et de subir une opération aussi grave.

Il faut donc apprécier à la fois, pour prévoir la date du retour à la santé après une opération chirurgicale, d'une part, la gravité du cas et l'importance de l'opération et, d'autre part, l'état d'affaiblissement où se trouve le malade au moment de l'intervention du chirurgien.

Le rôle du médecin est très ingrat dans les maladies chroniques.

La situation est plus compliquée dans les maladies chroniques ou bien, en chirurgie, lorsqu'il est nécessaire de faire plusieurs opérations successives. C'est ce qui arrive, dans certains cas, lorsque la première opération est faite trop tardivement : un

jeune étudiant en médecine, opéré *in extremis* de péritonite généralisée par perforation de l'appendice, dut subir à quelques jours d'intervalle une laparotomie médiane pour l'évacuation d'un autre foyer purulent, puis un anus contre nature iléo-cœcal, qu'il fut nécessaire de refermer au bout de quelques mois par une nouvelle opération. Les adhérences péritonéales étaient si nombreuses que je proposai au malade une laparotomie dans le dessein de remettre en ordre les organes abdominaux et de faire disparaître les adhérences : il refusa. Un an après, il dut subir une nouvelle opération pour étranglement interne. Mon jeune ami, sauvé une fois encore accepta, quelques mois après, une sixième laparotomie. Je détruisis des centaines de brides filamenteuses qui remplissaient le péritoine et constituaient une menace continuelle de nouveaux accidents d'obstruction. Depuis près de dix ans, la santé de ce jeune homme est parfaite.

Dans d'autres cas, l'affection qui exige l'opération ne peut pas être guérie sans danger par une seule intervention. C'est, par exemple, une collection purulente

énorme qu'il faut ouvrir et drainer pour ne pratiquer que plus tard l'extirpation de la poche, alors qu'elle sera presque cicatrisée et considérablement réduite de volume. Les pleurésies purulentes, les opérations sur la cavité crânienne, peuvent exiger plusieurs interventions successives.

Dans ces cas, la famille doit être prévenue à l'avance qu'il sera nécessaire d'opérer en plusieurs séances, parce qu'il serait impossible ou trop dangereux de tenter l'opération complète le premier jour.

La guérison peut ainsi se trouver reculée pendant plusieurs mois.

Il est nécessaire, dans ces cas difficiles, que le chirurgien ait une influence suffisante sur le malade et sur son entourage pour leur inspirer une confiance absolue et pour éviter qu'ils ne se laissent détourner par des influences étrangères.

La décision doit être prompte dans les cas de tumeur maligne, surtout s'il y a récidive.

La situation du chirurgien, comme celle du médecin, est donc difficile dans les

cas de maladie à évolution lente et chronique, particulièrement dans les affections sujettes à la récidive, comme les néoplasies malignes.

Nous avons déjà étudié comment le chirurgien pouvait présenter au malade l'urgence d'une opération ou d'un traitement spécial.

Lorsqu'il s'agit d'un cas de tumeur maligne, l'examen histologique immédiat, après biopsie ou prélèvement d'un petit fragment des tissus malades sous l'anesthésie locale, est le meilleur moyen de convaincre le patient qu'il doit se soumettre à un traitement régulier ou bien à une opération. Mais, il y a toujours un mais, combien sauront s'y prendre à temps ?

Le malade devra donc consulter un médecin compétent à la première alerte, et mieux vaut consulter sans motif sérieux que de demander l'avis de l'homme de l'art deux ou trois mois après que le mal a fait des progrès presque irrémédiables.

Les néoplasmes malins, par exemple, n'occasionnent que très rarement des phénomènes douloureux pendant les premiers mois de leur évolution. Le plus souvent, ils

ne se manifestent que par des signes extérieurs presque imperceptibles, et s'il s'agit d'une affection interne, par un affaiblissement général dont la cause réelle peut demeurer longtemps inaperçue.

Souvent plusieurs médecins passent à côté de la lésion parce qu'ils ne sont pas assez perspicaces ou parce qu'ils ont négligé de pratiquer certains examens spéciaux. D'autres sont hantés par « l'*avarie* » et administrent à tort et à travers, au début du cancer qu'ils ne savent pas reconnaître, un traitement mercuriel, dont le seul résultat est de provoquer une aggravation immédiate et rapide. D'autres ont l'inconscience extraordinaire de cacher au malade et à sa famille la gravité du cas et de laisser s'aggraver une lésion cancéreuse qu'ils ont traitée presque au début, par des moyens anodins, alors qu'une intervention large et opportune eût été nécessaire. La situation du chirurgien est plus difficile encore s'il s'agit d'une récidive, car le malade, si ignorant qu'il puisse être de la gravité de son cas, commence à s'inquiéter de ce retour d'une lésion locale au moment où il se croyait guéri.

Ces cas, malheureusement trop fréquents, nous conduisent à étudier la mentalité spéciale de certains médecins qui se complaisent à entretenir dans la quiétude des malades qu'ils savent perdus, leur persuadant chaque jour qu'ils vont mieux et que la guérison est proche.

Il serait peut-être indiscret de demander à ces docteurs, à propos de certains de leurs malades : « si vous étiez à la place du patient, est-ce que vous voudriez qu'on agît ainsi à votre égard ? » Mais nous irions trop loin dans cette voie.

Il nous faut tâcher d'ignorer qu'il peut y avoir des médecins trop peu consciencieux pour violer les règles que nous avons développées en tête de cette étude psychologique, tout en engageant nos lecteurs à les dépister, si jamais ils en rencontrent, et à se garder de leur influence néfaste.

Les opérations chirurgicales prédisposent-elles à la folie?

Un dernier point nous retiendra quelques instants : une opération chirurgicale

peut-elle déterminer l'explosion d'un accès de folie ? Quel est le chirurgien qui n'a pas entendu cette question : « Docteur, est-ce que je deviendrai folle si vous m'opérez? » Cette question, posée par des femmes absolument saines d'esprit, démontre le mal que peuvent faire dans des milieux intellectuels des publications légères et tendancieuses.

Il n'est pas exceptionnel, malheureusement, que des personnes absolument saines d'esprit soient subitement atteintes d'aliénation mentale.

Il a suffi que des médecins consciencieux aient relevé dans les commémoratifs, même éloignés, de ces cas de folie, une opération chirurgicale, pour conclure purement et simplement que toute opération chirurgicale pouvait prédisposer à la folie. « Post hoc, ergo propter hoc ». Vous opérez un malade d'une affection quelconque ; il devient fou : on accuse l'opération, sans envisager que la plupart des personnes atteintes d'aliénation mentale n'ont jamais été opérées.

Il n'en est pas moins vrai que la publication de cas de ce genre, par des médecins

réputés compétents en matière d'aliénation mentale, a jeté l'inquiétude dans beaucoup d'esprits. Certaines personnes tendent actuellement, à la suite de ces observations si mal interprétées, à accuser une opération chirurgicale, même éloignée, de tous les troubles psychiques et même physiques qui peuvent survenir ultérieurement chez la personne opérée, bien que ces accidents soient complètement étrangers à l'opération. J'ai toujours protesté contre cette tendance de certains médecins à accuser la chirurgie de tant de méfaits, même lorsque l'opération a été très simple et suivie de guérison.

Personnellement, sur plus de quinze mille opérations chirurgicales, pour la plupart très graves, et qui portent pour plus d'un tiers sur le péritoine, je n'ai pas observé un seul cas de folie pouvant être attribué à l'opération.

Bien au contraire, plus il m'est arrivé de revoir mes opérés à une longue distance de l'opération, plus j'ai constaté que la guérison était complète et qu'il ne persistait aucune trace des accidents et des symptô-

mes qui avaient nécessité l'intervention chirurgicale.

Une seule de mes opérées a été internée dans un asile d'aliénés, deux ans après une néphrectomie pour suppuration du rein droit ; j'ai appris alors que cette femme avait déjà fait un séjour de plusieurs mois dans cet asile, plusieurs années avant l'opération.

Des accidents psychiques graves peuvent être la conséquence d'opérations incomplètes.

J'ai publié au contraire de nombreux cas ou j'ai guéri radicalement, en complétant une opération mal faite par un autre chirurgien, des troubles psychiques qu'on croyait irrémédiables.

Un des cas les plus curieux a été celui d'une cuisinière, âgée d'une quarantaine d'années, et qui, à la suite d'une opération pour salpingite, avait été atteinte d'accidents nerveux aussi bizarres que rebelles, avec tendance à l'aliénation mentale. Dans les derniers mois, cette femme avait presque

perdu la vue ; elle était atteinte d'un commencement d'amaurose, sans lésions appréciables à l'examen ophtalmogique. Le ventre était très douloureux : je constatai à la partie supérieure du ligament large gauche la présence d'une petite tumeur très sensible, du volume d'une grosse noix. L'utérus ayant été enlevé, je fis la laparotomie : je trouvai un fragment d'ovaire, rempli de kystes et enclavé dans la cicatrice de la première opération, au milieu d'adhérences inflammatoires de l'intestin.

L'extirpation de cette tumeur irritable fit cesser tous les accidents observés, qui n'étaient que la conséquence d'une opération mal faite.

L'oubli dans la cavité abdominale de fragments de tissus enflammés et notamment de fragments des annexes utérines, a ainsi produit dans bien des cas des accidents graves, qui ont été attribués bien à tort à la chirurgie, car la chirurgie ne doit pas être rendue responsable des bévues et des maladresses des mauvais chirurgiens. Un fragment de tissu enflammé et surtout de tissu ovarien enclavé dans une cicatrice est susceptible de provoquer des accidents

nerveux réflexes, au même titre que l'enclavement d'un filet nerveux dans un cal osseux, par exemple. Si des médecins ont accusé les opérations chirurgicales d'être fréquemment suivies de cas de folie, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment étudié l'influence des tares antérieures et surtout des intoxications telles que l'alcoolisme, l'influence de l'hérédité, du milieu et de toutes les circonstances de la vie.

Influence de certaines affections chroniques et de certaines intoxications microbiennes sur l'état cérébral des malades.

Certaines opérations cependant, comme certaines affections peuvent influencer d'une manière très défavorable le moral des malades. Ce sont celles qui portent sur la vessie et sur les organes génitaux.

Cette dépression morale toute spéciale ne se produit que chez des sujets déjà prédisposés et dont la mentalité est affaiblie depuis un temps plus ou moins long.

La médecine possède de nos jours assez

de ressources pour rendre la vigueur et la santé à tous les malades susceptibles de la reconquérir.

Le point capital est de s'y prendre à temps et le plus souvent l'état psychique lui-même des malades atteints de dépression morale n'est pas au-dessus des ressources de la thérapeutique actuelle.

Les maladies infectieuses cependant nous réservent bien des surprises; l'action de certaines toxines microbiennes sur les cellules cérébrales peut déterminer des accidents bizarres et le plus souvent inexplicables.

Le cas le plus curieux qu'il m'ait été donné d'observer en ce qui concerne l'action de ces toxines sur le cerveau a été celui d'une dame d'une cinquantaine d'années, atteinte, à la suite d'une opération septique, d'un érysipèle ambulant à marche assez torpide, mais cependant très tenace. Dès l'invasion de l'érysipèle, cette personne, qui était très pieuse, commença à délirer; pendant près de cinq semaines, elle vécut au ciel, près du Seigneur, au milieu des Anges et raconta avec volubilité tout ce qu'elle voyait. Lorsque la fièvre

eut cessé, ce délire visionnaire continua avec une telle persistance que son mari et tout l'entourage la crurent atteinte d'aliénation mentale. Tout à coup, le calme revint, la malade reprit ses sens et, de retour à la raison, elle n'eut plus aucun souvenir de toutes les scènes extraordinaires qu'elle nous avait décrites.

Les médecins doivent mettre en garde leurs clients contre des erreurs qui se propagent trop facilement.

Les médecins consciencieux et éclairés ne sauraient donc trop réagir contre les idées extravagantes qui se propagent dans un certain monde, car ces préjugés empêchent des personnes malades de demander à la médecine ou à la chirurgie les secours que réclame leur état.

J'ai vu deux jeunes femmes refuser une intervention chirurgicale à peu près sans danger et qui les aurait guéries radicalement en moins de trois semaines, parce que des amies, mal opérées, leur avaient fait un tableau désastreux du sort qui les attendait.

Ces influences féminines, aidées de l'avis de certains spécialistes, ceux qui guérissent tout sans opération, ont eu comme conséquence, dans les deux cas, une issue fatale.

Un dernier exemple montrera la créance qu'il faut avoir dans certaines appréciations des troubles nerveux post-opératoires.

Une femme essentiellement névropathe gardait le lit presque constamment depuis plusieurs années et se prétendait atteinte d'un abcès péri-utérin qui se vidait de temps en temps dans l'intestin. Des confrères prétendaient avoir vu le pus.

Un examen minutieux ne me permit pas de reconnaître la moindre lésion péri-utérine. Au contraire, cette malade souffrait dans la fosse iliaque droite, où elle éprouvait depuis très longtemps des crises douloureuses à répétition. Elle voulait être opérée. Je fis une laparotomie médiane, pour donner satisfaction à la famille, voulant examiner avec soin la cavité pelvienne : l'utérus et les annexes étaient absolument sains. Par contre, l'appendice, démesurément long et sans trace d'adhérences, contenait plusieurs gros calculs fécaloïdes. Je fis l'ablation de l'appendice et je laissai

en place l'utérus et les annexes. Cette personne présenta après cette opération d'appendicite, sans en excepter aucun, tous les troubles nerveux qu'on attribue ordinairement à l'ablation des ovaires. Les bouffées de chaleur au visage, notamment, étaient fréquentes et intenses. Comme les époques étaient très douloureuses, cette femme et son mari, fatigués par ces souffrances continuelles, réclamèrent l'ablation de l'utérus et des annexes, qui fut suivie à son tour de la sédation presque complète de tous les accidents nerveux.

Ce cas démontre que la plupart des troubles névropathiques dont bien des personnes accusent à tort la chirurgie, ne résident le plus souvent que dans l'esprit des malades, qui se sont laissés influencer par des personnes peu éclairées et dont les racontars ont obtenu créance.

Le médecin instruit et consciencieux a droit à tous les égards de ceux auxquels il donne ses soins.

Une dernière observation nous arrêtera quelques instants : certaines personnes

affectent d'avoir très peu de considération pour les médecins et de chercher à faire contrôler l'un par l'autre.

Rien n'est plus désagréable pour un médecin que de sentir autour de lui des influences étrangères et malveillantes, comme il arrive lorsque la famille fait visiter le malade séparément par plusieurs docteurs. Presque toujours un des médecins sait parfaitement qu'un autre confrère visitait déjà le malade : dans ce cas, le rôle accepté par le nouveau venu est absolument contraire aux règles de la déontologie médicale. Je considère comme indignes du titre de docteur en médecine les confrères assez indélicats pour accepter de contrôler le traitement d'un collègue qui ignore leur intervention.

Si la famille demande l'avis d'un nouveau médecin, le devoir de celui-ci est de s'enquérir si le malade est en traitement, et dans le cas affirmatif, de ne le visiter à son domicile qu'en consultation avec le médecin traitant.

Lorsque deux médecins visitent séparément un même malade, l'un, le véritable médecin traitant, dirige le traitement et

l'autre, qui le visite en fraude, est consulté par la famille pour donner son avis sur ce traitement. Il ne faut pas croire que cette singulière manière de comprendre l'exercice de la médecine soit exceptionnelle, particulièrement dans les grandes villes et dans la colonie étrangère.

C'est le malade qui est le plus souvent la première victime de cette étrange manière de faire.

Les critiques du médecin appelé à contrôler le médecin traitant viennent jeter l'incertitude et la défiance dans l'esprit de la famille, qui suspecte bientôt le moindre geste du médecin traitant, honoré auparavant de toute sa confiance.

Ce dernier, d'ailleurs, arrive presque toujours à soupçonner au bout de quelque temps la venue d'un autre confrère, dont il devine l'intervention, lorsqu'à chaque visite il se sent poursuivi de questions inquisitrices sur l'action des médicaments qu'il prescrit, sur la marche de la maladie, sur l'interprétation de tel ou tel symptôme. En pareil cas, il n'a qu'à se retirer.

C'est ainsi que de riches étrangers, qui

se trouvent sans doute très bien d'utiliser dans leurs affaires des contrôleurs et des experts comptables, viennent s'imaginer qu'ils ne seront bien soignés que s'ils soumettent également à un contrôle secret leur médecin traitant.

Heureusement ces mœurs exotiques ne sont pas encore admises dans la clientèle française, mais elles méritent d'être signalées, afin d'en montrer tout le danger aux personnes qui croient en retirer un bénéfice quelconque.

Les médecins qui acceptent un tel rôle ne sont que des larrons de la profession et méritent d'être mis à l'index comme des gens sans dignité et sans respect d'eux-mêmes.

Le médecin qui fait tout son devoir et qui soigne ses clients avec la sollicitude d'un père a droit à toute leur confiance et à toute leur considération.

Nous pouvons ajouter que les soins du médecin seront d'autant plus éclairés et d'autant plus efficaces que la famille se montrera plus confiante en son dévouement et lui laissera la pleine et complète direction du malade.

La conclusion de cette étude médico-psychologique est que chaque malade doit éviter de toutes ses forces de se laisser soumettre à des influences contradictoires. Toute personne malade est un être affaibli : cet affaiblissement, qui porte le plus souvent sur le physique et sur le moral à la fois, en fait un être incertain, indécis et qui a besoin de trouver dans le médecin, à la fois un confesseur, un ami et un maître capable de le diriger, de le conduire à la guérison.

L'art médical ne saurait être pour l'humanité un bienfait que si l'homme de l'art observe rigoureusement ces deux préceptes :

Le premier : « Primum, non nocere » : « d'abord ne pas nuire », c'est-à-dire, venir en aide à la nature, sans jamais contrarier son effort curateur.

Le second, le grand précepte philosophique du Christianisme : « Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fît ».

TABLE
DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

Fontenay-aux-Roses. — Imp. Bellenand.